Rok XLII. Kraków 10 Stycznia 1903. Nr. 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z c. k. Zakładu seroterapeutycznego w szpitalu Rudolfa we Wiedniu. (Kierownik Prof. R. Paltauf).**

O swoistości serodyagnostyki gruźlicy.

Podali

Dr. Filip Eisenberg i **Dr. Ernest Keller**

ówcz. aspirant II. klin. wewn. w Wiedniu. — operator kliniki położniczej w Pradze.

Wielkie znaczenie wczesnego rozpoznania gruźlicy zarówno dla higieny społecznej, jak dla leczenia, ułatwia nam zrozumienie faktu, że od długiego czasu klinicyści i bakteryolodzy usilnie się starają wynaleźć niezawodne objawy miejscowe czy ogólne, któreby mogły posłużyć za podstawę rozpoznania choroby. Lecz mimo wielkiego nakładu pracy, zużytej w tym kierunku, nie posiadamy dotąd środka rozpoznawczego, któryby spełniał dwa zasadnicze warunki, t. j. był bezwzględnie pewny i mógł bez trudności być stosowany w praktyce. Wymaganiom tym nie czynią zadość ani fizykalne objawy miejscowe, ani konstytucyonalne cechy ogólne, gdyż o ile wystarczą do rozpoznawania gruźlicy jawnej, o tyle niezbyt rzadko zawodzą, lub prowadzą do błędnych wniosków rozpoznawczych w przypadkach choroby utajonej, a więc właśnie tam, gdzie wczesne rozpoznanie największe mogłoby oddać usługi. Z pośród środków etyologiczno-rozpoznawczych, opartych na podstawach naukowych, próba tuberkulinowa w praktyce niestety rzadko tylko da się zastosować; zaś badanie plwocin na prątki w niektórych przypadkach, mimo najtroskliwszego poszukiwania, przez długi czas może dawać wyniki ujemne lub też nie da się wykonać z powodu braku plwociny.

Wobec przytoczonych faktów naturalnem nam się wyda zajęcie, jakie wśród klinicystów i bakteryologów wzbudziła ogłoszona w r. 1898 nowa metoda rozpoznawcza gruźlicy, metoda oparta na wielkim wynalazku Grubera-Durhama i Widala — serodyagnostyka gruźlicy, odkryta przez S. Arloinga i P. Courmonta. Już Park usiłował wywołać aglutynacyę w zawiesinie roztartych hodowli gruźliczych przez dodanie surowicy osobników, dotkniętych gruźlicą. Ale próby te musiały wypaść ujemnie, — brakło bowiem pierwszego założenia dla prób aglutynacyjnych, jednostajnie zmąconej hodowli, złożonej z oddzielnych osobników. Dopiero Arloingowi i Courmontowi udało się dzięki stosownym zabiegom uzyskać taką hodowlę: hodowali oni przez dłuższy czas szczep gruźlicy ludzkiej na kartoflu, którego dolną część opłókiwała woda kondensacyjna z dodatkiem 6% gliceryny. Woda ta zwolna spłókiwała osobniki, znajdujące się na powierzchni hodowli, a więc najluźniej z podłożem związane tak, że po pewnym czasie powstawało w niej dość jednostajne zmącenie. Płyn ten szczepili autorowie do kolb z bulionem glicerynowym i w czasie rozwoju hodowli kilkakrotnie na dzień energicznie wstrząsali kolby, rozdzielając w ten sposób powstające skupienia prątków. Po szeregu pokoleń, których hodowle w ten sposób były traktowane, udało się uzyskać jednostajnie zmąconą hodowlę o następujących własnościach: Rozwój jej jest szybszy, aniżeli zwykłych hodowli gruźliczych, gdyż już po 4 dniach zwykle ukazuje się zmącenie i to nietylko w bulionie glicerynowym, ale i zwykłym. Hodowla składa się z odosobnionych laseczek, obdarzonych według autorów ruchliwością, które w stanie młodocianym nie okazują odporności wobec kwasów, bo uzyskują ją dopiero w późniejszym okresie. Po dłuższem stanie hodowli tworzy się osad, złożony ze zbitych w grudki laseczek, a w razie zaprzestania wstrząsania hodowli — typowy kożuch na powierzchni. Jadowitość hodowli jest znacznie obniżona, gdyż nawet po zastrzyknięciu znaczniejszych ilości hodowli do otrzewnej zwykle dopiero po kilku miesiącach powstają zmiany gruźlicze w sieci, nigdy zaś nie przychodzi do uogólnienia się gruźlicy. Również i na zwykłym agarze można uzyskać hodowle w postaci obfitych brudno-szarych, wilgotnie połyskujących nalotów. Najlepszem podłożem okazuje się bulion z dodatkiem 2% peptonu i 6% gliceryny. Procedura uzyskania jednostajnie zmąconych hodowli jest, jak widzimy, bardzo mozolna i długa, a wobec niektórych hodowli mimo najusilniejszych zabiegów nie prowadzi do pożądanego celu. Zmiany, którym hodowle przytem ulegają, są bardzo głębokie, ich morfologia okazuje znacznie większą zmienność, niż morfologia hodowli zwykłych, lecz odzyskują one napowrót charakter prawidłowy, jeżeli je przez dłuższy czas znowu hodujemy w zwykłych warunkach. Takich to hodowli użyli Arloing i Courmont do swych prób aglutynacyjnych, dodając do nich badaną surowicę w stosunku $^1/_5$, $^1/_{10}$ i $^1/_{20}$. Próby ustawiają w cienkich próbówkach (o świetle 7—10 mm.), nachylonych do poziomu pod kątem 45°; wynik dodatni objawia się wyjaśnieniem górnych warstw, mniej lub więcej zupełnem i powstaniem kłaczkowatego osadu po 10—12 godzinach. Najniższą wartość dodatnią stanowi rozcieńczenie $^1/_5$, zaś rzadko tylko uzyskuje się odczyn ponad $^1/_{20}$. W ten sposób badali Arloing i Courmont siłę aglutynacyjną surowic ludzkich w 186 przypadkach (według najnowszej statystyki) z następującym wynikiem: z pośród 106 osobników, u których klinicznie rozpoznano gruźlicę, dało 96, t. j. 91%, odczyn dodatni, 10, t. j. 9%, ujemny. Z pośród 60 chorych, u których klinicznie nie można było stwierdzić gruźlicy, 26, t. j. 43%, dało wynik dodatni, 34, t. j. 57%, ujemny. Z pośród 20 pozornie zdrowych osobników, 6, t. j. 30%, dało dodatni, 14, t. j. 70%, ujemny odczyn. Na podstawie tych wyników Arloing i Courmont dochodzą do wniosku, że

metoda ich jest bardzo czuła (91% wyników dodatnich u dotkniętych gruźlicą), nadto zaś, że nawet wśród pozornie zupełnie zdrowych osobników utajona gruźlica bardzo jest częsta. Na potwierdzenie tego poglądu przytaczają pracę Becka, który na 2137 prób tuberkulinowych (z wykluczeniem osobników dotkniętych jawną gruźlicą) otrzymał 1154, t. j. 54%, wyników dodatnich. Dalej znajdują oni, że i wysięki gruźlicze objawiają wyraźne działanie aglutynacyjne; z pośród badanych 20 wysięków opłucnowych, na 11 klinicznie gruźliczych, 10 dało wynik dodatni, 1 ujemny; na 9 klinicznie nie gruźliczych 4 dodatni, 5 ujemny; na 13 płynów puchliny brzusznej — 5 gruźliczych dało wynik dodatni, 8, pochodzących z 8 przypadków marskości wątroby, ujemny; 8 wysięków gruźlicy stawowej dało słabe wyniki dodatnie. Dla dokładniejszego poznania i określenia odczynu badali też Arloing i Courmont siłę aglutynacyjną zwierząt zdrowych i gruźliczych. Z pośród surowic prawidłowych surowica królików i morskich świnek okazała się pozbawioną wszelkiego działania; surowica wołu i kozy daje słabą tylko aglutynacyę, zaś surowica psa w rozcieńczeniach $^1/_5$—$^1/_{20}$; z faktów tych wnioskują oni, że zdolność aglutynacyi jest miarą odporności danego gatunku wobec zakażenia gruźliczego. U zwierząt zakażonych gruźlicą stwierdzili, że im słabszy był wszczepiony jad i im odporniejszy jest dany gatunek wobec gruźlicy, tem wyższe uzyskuje się wartości aglutynacyjne, tak np. u mało wrażliwych psów po zaszczepieniu słabo jadowitej hodowli aglutynuje surowica w rozcieńczeniach $^1/_{200}$—$^1/_{800}$. Na podstawie tych wyników tłómaczą oni fakt, że w daleko posuniętych okresach choroby wyniki są tylko słabo dodatnie lub ujemne, upatrując w nim wyraz podupadłej odporności ustroju. — Takie byłyby w krótkich zarysach wyniki badań Arloinga i Courmonta, jak obecnie mamy je przed sobą w szeregu publikacyj, wydanych w ostatnich dwu latach. Nie brakło też wkrótce po ogłoszeniu nowej metody prac stwierdzających jej zalety, zwłaszcza ze strony badaczy francuzkich; i tak Mongour i Buard uzyskali w 17 przypadkach klinicznie stwierdzonej gruźlicy 17 odczynów dodatnich; w 5 wątpliwych przypadkach 5 odczynów, zaś w 11 przypadkach innych chorób tylko 3. W drugim szeregu spostrzeżeń stwierdzili na 14 przypadków gruźlicy 13 odczynów dodatnich; na 14 przypadków innych chorób tylko 1. Buard otrzymał u 25 dzieci, dotkniętych gruźlicą, 20 wyników dodatnich. Z entuzyastyczną pochwałą nowej metody spotykamy się w pracy Bendixa (z kliniki Leydena), który na 36 przypadków gruźlicy zaznacza 34 wyników dodatnich; w 6 przypadkach innych chorób same wyniki ujemne; dwie surowice osobników gruźliczych, które dały wynik ujemny, pochodziły z mocno podupadłych suchotników, — a więc i tu zgodność z Arloingiem i Courmontem. Ostatni fakt stwierdzają także badania Rothamela na 20 przypadkach gruźlicy w różnych okresach choroby. Wreszcie i G. Courmont stwierdza w głównych zarysach wyniki i poglądy autorów serodyagnostyki. Z pośród Francuzów jedyny Dubard zachowuje się sceptycznie wobec nowej metody, coprawda nie popierając swego zdania wywodami faktycznymi: „Spostrzeżenia moje — powiada on — każą mi wątpić o dopuszczalności stosowania serodyagnostyki do wczesnego rozpoznawania gruźlicy z powodu niestałości odczynu“. W ostatnim czasie ukazały się dwie prace, które, opierając się na większym materyale, odmawiają nowej metodzie pewności i uzasadnienia. Beck i Rabinowitsch badali surowicę 73 chorych; z pośród 39 dotkniętych gruźlicą 11, t. j. 28%, dało wynik dodatni; z pośród 34 innych chorych 12, t. j. 35%; nawet jeśli się 5 osobników podejrzanych o gruźlicę wykluczy z grupy gruźliczych, zaś przypadek zagęszczenia szczytu do nich zaliczy, otrzymuje się 35 gruźliczych z 11 odczynami, t. j. 31%, i 38 nie-gruźliczych z 12, t. j. również 31%; z pośród 12 osobników, które dały odczyn tuberkulinowy, tylko 3 miały surowicę aglutynującą; z pośród 22, u których wykazano w plwocinie prątki Kocha, tylko 8. Także i doświadczenia na zwierzętach bynajmniej nie dały zachęcających wyników; z pomiędzy 3 surowic prawidłowych świnek morskich jedna dawała odczyn; z pomiędzy 8 świnek zakażonych gruźlicą tylko 3; z pomiędzy 2 zakażonych hodowlą Arloing-Courmonta tylko jedna. Z pomiędzy 2 zdrowych i 5 zakażonych gruźlicą królików żaden nie dał odczynu, a tylko jeden zakażony hodowlą Arloing-Courmonta dał wynik dodatni. Na podstawie tych wyników Beck i Rabinowitsch dochodzą do wniosku, że aglutynacya hodowli Arloing-Courmonta nie jest swoistym objawem gruźlicy, a przez to samo też nie może służyć za podstawę serodyagnostyki tej choroby. Podobne jest też zdanie C. Fraenkla, który z pomiędzy 15 osobników gruźliczych tylko u 5, t. j. 33%, uzyskał wynik dodatni; z pomiędzy 22 nie-gruźliczych tylko u 5, t. j. 22%.

Zachęceni przez wspaniałe wyniki badaczy francuskich i Bendixa, postanowiliśmy doświadczenia te powtórzyć, zwłaszcza, że dzięki uprzejmości WP. Prof. S. Arloinga zakład otrzymał jedną z oryginalnych jego hodowli. W niniejszej pracy przedstawiamy wyniki tych badań, które, jak się spodziewamy, mogą się nieco przyczynić do wyjaśnienia tak bardzo zajmującej sprawy. Co się przedewszystkiem tyczy hodowli samej, możemy w głównych zarysach potwierdzić wyniki Arloinga i Courmonta; mąci ona dość szybko (w ciągu 3—5 dni) bulion glicerynowy, dając jednostajnie zmącenie; na skośnym agarze, jak również na surowicy Löfflera, daje bujny, brudno-biały, wilgotnie połyskujący nalot. Hodowle bulionowe okazują swoisty aromatyczny zapach, właściwy zwykłym hodowlom gruźlicy, a po dłuższem staniu tworzy się grudkowaty osad; jeżeli zaś przez dłuższy czas nie wstrząsa się hodowli, bulion się wyjaśnia, a bakterye zbijają się w grudkowate masy, albo spadające na dno, albo tworzące na powierzchni kożuch, przypominający typową hodowlę gruźlicy, tylko nie tak gruby i pofałdowany. Morfologia bakteryj w tych hodowlach jest bardzo zmienna; obok typowych cienkich laseczek widzieć można często świecące ziarenka, przypominające ziarniaki, w starszych zaś hodowlach grube laseczki o maczugowatych kształtach, lub też dość oryginalne formy olbrzymie, złożone z dwóch takich maczug, złączonych cieńszymi końcami, — formy, — które spostrzegał również i Dubard i tłómaczył jako formy poronne strzępek *(Hyphe)*.

Rozgałęzień, które według tego autora dają się spostrzegać w osadzie takich hodowli, myśmy nigdy nie zdołali dopatrzeć. Skaczące i pląsające ruchy, które laseczki okazują w młodych hodowlach, a które Arloing i Courmont pojmują, jako objawy prawdziwej ruchliwości, musimy zgodnie ze zdaniem Becka i Rabinowitscha, jakoteż C. Fraenkla, zaliczyć do kategoryi ruchów drobino-

wych; ruchu własnego w ścisłem rozumieniu w naszych hodowlach nigdy nie spostrzegaliśmy. Co się tyczy odporności wobec kwasów, to możemy potwierdzić wyniki Arloinga i Courmonta; mianowicie, w młodych hodowlach laseczki nie są odporne, lecz dopiero po dłuższem trwaniu hodowli; w preparatach z młodych hodowli około $^2/_3$ wszystkich laseczek daje się odbarwić. Beck i Rabinowitsch znajdują w swych hodowlach laseczki stale odporne na działanie kwasów, zaś C. Fraenkel podaje, że tylko przy zbyt długiem podbarwianiu błękitem metylenowym część laseczek się odbarwia (i to zachowanie już nie odpowiada typowym hodowlom gruźliczym). Musimy jednak stwierdzić, że i w preparatach wcale nie podbarwianych ta sama ilość laseczek jest odbarwiona, że tedy trudno podbarwieniu przypisywać wpływ, o jakim mówi C. Fraenkel. Jadowitość hodowli jest według Arloinga i Courmonta osłabiona, lecz mimo to wstrzyknięcie 1 ctm.^{3} do otrzewnej morskich świnek wywołuje „piękne rozsianie gruzełków po sieci“. Beck i Rabinowitsch znaleźli po zastrzyknięciu dość wielkich ilości hodowli kilka drobnych gruzełków wielkości główki od szpilki w sieci, brak zmian ogólnych; według C. Fraenkla niektóre zwierzęta po zastrzyknięciu większych ilości hodowli padają w ciągu kilku dni lub po dłuższym czasie, lecz sekcya nie wykazuje żadnych zmian anatomicznych gruźliczych. My dotąd rozporządzamy tylko jednem doświadczeniem na morskiej śwince; świnka ta padła w 2 miesiące po zastrzyknięciu 3 ctm.^{3} hodowli do otrzewnej; sekcya wykazała gruźlicze zwyrodnienie sieci zbitej w kłębek, w innych zaś narządach nieobecność wszelkich zmian gruźliczych.

Przechodząc do omówienia techniki naszych badań, musimy przedewszystkiem zgodnie z Arloingiem i Courmontem zaznaczyć, że wiek hodowli wywiera wielki wpływ na wynik odczynu; hodowle młode, uboższe w laseczki, dają się łatwo aglutynować, podczas gdy starsze, gęsto zmącone, aglutynują się znacznie trudniej i okazują odczyn wyraźny dopiero po dłuższym czasie. Jeżeli jednak taką hodowlę zbyt gęstą rozcieńczamy bulionem, to zachowuje się ona potem jak młoda: widocznie tedy albo zbyt wielka ilość bakteryj albo zgęszczenie podłoża utrudnia aglutynacyę. Lecz także hodowle, co do których wpływ tego czynnika da się wykluczyć, a więc hodowle wieku 7—12 dni, okazują znaczne wahania w łatwości, z jaką ulegają aglutynacyi; do punktu tego, którego nie umiemy sobie na razie wytłómaczyć, wrócimy jeszcze niżej. Badaliśmy aglutynacyę przeważnie drobnowidowo w kropli wiszącej, która to metoda ze względu na wygodną manipulacyę i małą ilość surowicy, potrzebnej do odczynu, zasługuje na pierwszeństwo wobec makroskopowej; oczywiście na wstępie przekonaliśmy się w szeregu doświadczeń, wykonanych równolegle zapomocą obu metod o zgodności ich wyników. Jak się dowiadujemy z najnowszej pracy Buarda, także i on, zarówno jak Rothamel, stosowali metodę drobnowidową. Obraz, jaki się uzyskuje przy badaniu surowicy aglutynującej, jest rozmaity; jeżeli surowica aglutynuje silnie, obraz zupełnie przypomina obrazy typowego odczynu Widala: zbite kupki poplątanych bezładnie laseczek, między niemi pole widzenia zupełnie wolne. Przy próbie makroskopowej w tych przypadkach widzimy zupełnie jasny bulion ponad zbitym osadem. to też do tych przypadków nazwa „aglutynacyi“ da się zastosować bez zastrzeżeń. Przy słabszem działaniu aglutynacyjnem widzimy w obrazie drobnowidowym pomiędzy kupkami mniejszą lub większą ilość odosobnionych, nieruchomych laseczek, przy próbie makroskopowej bulion jest jaśniejszy, niż w rurkach, użytych do kontroli, lecz nie zupełnie jasny, osad zaś niedokładnie odgraniczony. Do takich przypadków dałaby się zastosować nazwa, wprowadzona przez Arloinga: *„clarification“*, — lecz nie widzimy dostatecznego powodu, żeby nazwę tę rozciągać na cały odczyn i w ten sposób niepotrzebnie kawalkować pojęcie aglutynacyi, jak to czynią Beck i Rabinowitsch. Zwykle robiliśmy rozcieńczenia $^1/_5$, $^1/_{10}$ i $^1/_{20}$, czasem zaś i wyższe, preparaty trzymaliśmy w cieplocie pokojowej i oglądaliśmy po 1, 2 i 18—24 godzinach. W razie silnej aglutynacyi odczyn widoczny jest już po kilku minutach, w innych przypadkach występuje dopiero po 1—2 godzinach, lecz zawsze po 18—24 godzinach widzimy wzmożenie się aglutynacyi w porównaniu z obrazem po 2 godzinach. Zgodnie z Arloingiem uważaliśmy tylko wartości $^1/_5$ i wyższe za dodatnie; co prawda, jak zobaczymy niżej, i tę granicę należy uważać za dowolną, lecz zatrzymaliśmy ją, chcąc ściśle spełnić wymagania, stawiane przez samych wynalazców metody. Zupełnie niedopuszczalnem zdaje się nam jednak poczytywanie odczynów przy $^1/_1$ za dodatnie i użytkowanie ich, jak to czyni Buard; badanie 10 bez wyboru się nadarzających przypadków dało nam we wszystkich wyniki dodatnie przy $^1/_1$. Jeżeli zaś Buard twierdzi, że w przypadkach gruźlicy odczyn ten przy $^1/_1$ szybciej występuje, niż w innych, to musimy na to odpowiedzieć, że we wszystkich naszych 10 przypadkach odczyn był zupełny najwyżej w przeciągu 2 minut i że rozróżnianie szybkości odczynu w obrębie tego czasu zostawia zbyt wielkie pole ocenie podmiotowej, nie mówiąc już wcale o tem, że różne hodowle z różną łatwością i szybkością ulegają aglutynacyi, jak to już wyżej poruszyliśmy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O zaburzeniach mowy pochodzenia ośrodkowego i ich stosunku do chorób usznych.

Podał

Dr. R. Spira.

Kierownik ambulatoryum otyatrycznego szpitala izraelickiego w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Mowa powstaje zatem jako odruch spostrzegawczy, będący następstwem zmysłowego wrażenia słuchowego, a później odbywa się jako odruch wyobrażeniowy, wywołany myślami i wyobrażeniami. Podobnie pismo ma swoje źródło w „onomatopoesis“, t. j w popędzie naśladowania wszystkich zjawisk natury w obrazach. Pismo obrazowe jest matką pisma fonetycznego (hieroglify). Mowa powstała więc nie jako czynność świadoma; nie jest ona wynalazkiem człowieka, lecz dziełem natury, nie „thesis“, lecz „physis“. Powstawszy bez świadomości i zamiaru, wykonuje się potem ze świadomością i zamiarem. Podobne zjawisko widzimy w rozwoju czynności narządów zmysłowych i ruchowych. Jest to bowiem zasadą ogólną rozwoju fizyologicznego i psychologicznego. że czynności świadome bywają poprzedzone wykonywaniem tych samych czynności nieświadomie (Kussmaul). Zatem mowa u dorosłego człowieka odbywa się w ten

sam sposób i temi samemi drogami, któremi się rozwija u dziecka. Przypatrzmy się teraz temu sposobowi i tym drogom.

Dziecko wkrótce po urodzeniu doznaje wrażeń zmysłowych. Przez narząd słuchowy w *a* i drogi słuchowe *a—s* (*p. rys. I*), wrażenia słuchowe dostają się ciągle od obwodu do mózgu, a mianowicie do pewnego miejsca w korze mózgowej *s*, które jest przeznaczone do przyjęcia podobnych wrażeń. W miarę powtarzania się częstego tych bodźców powstają w tem miejscu kory pewne zmiany trwałe, które wrażenia takie utrwalają, t. j. wytwarza się możność zatrzymania ich i przetrwania bodźca zewnętrznego, czyli innemi słowy rozwija się tym sposobem pamięć. Z czasem nagromadza się w korze zapas obrazów wyrazowych, lub słuchowych słownych które później mogą być tam wywołane, lub pobudzone dowolnie z pamięci nawet bez bodźca ze-

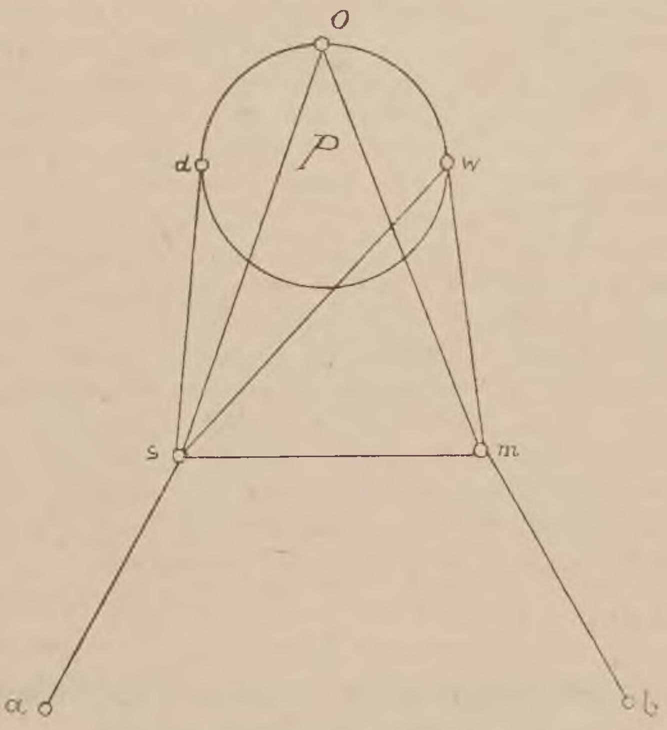


Fig. I.

wnętrznego i którymi się posługujemy przy mówieniu. Miejsce to nazywamy ośrodkiem sensorycznym, czyli czuciowym słuchu, albo polem pamięciowem dla obrazów słuchowych (*Klangbildcentrum*) (Wernicke), które przedstawia ośrodkowe zakończenie n. słuchowego.

Każde ograniczone pole kory mózgowej, które ma pewne odrębne zadanie czynnościowe, nazywamy ośrodkiem. Zdolność zaś pierwiastków nerwowych ulegania pod wpływem przemijających bodźców trwałym zmianom i zatrzymania śladów zaszłych pobudzeń, zowiemy pamięcią. Przytem rozróżniamy pamięć właściwą, to jest zdolność zatrzymania i utrwalania doznanych wrażeń, od wspomnienia, t. j. od zdolności przywoływania sobie do pamięci, odtwarzania w sobie tych wrażeń. Czynność takiego ośrodka zależy od pobudzeń dawniej w nim zaszłych. Na zasadzie takiej czynności i zdolności układu nerwowego polega też wszelkie ćwiczenie, wszelkie uczenie się, przyczem zauważyć można, że to, co nam w początku przychodziło z trudnością, z czasem staje się łatwem.

Takich ośrodków jest w korze mózgowej bardzo wiele. Wszystkie stoją ze sobą w związku anatomicznym, fizyologicznym i czynnościowym, dzięki włóknom nerwowym przewodzącym i łączącym. Po wytworzeniu się ośrodka *s* wychodzą z niego bodźce, prądy nerwowe do innego ośrodka *m*, który kieruje ruchami mechanicznymi, wykonywanymi przy mowie. Ośrodek *m*, pobudzony drogą *s—m*, wysyła znów bodźce ruchowe, inerwujące ku obwodowi, do *b*, do nerwów i mięśni narządów artykulacyjnych. Dziecko, będące w okresie rozwoju woli i naśladownictwa, zaczyna powtarzać słyszane dźwięki i głosy. Wernicke sądzi, że w pewnym wieku dziecka podrażnienie ośrodka słuchowego przez wrażenia słuchowe wywołuje uczucie przyjemne, które dziecko usiłuje samowolnie wywołać przez naśladowanie słyszanych dźwięków. W ten sposób przychodzi do skutku naśladowanie bez zrozumienia (*echolalia*). W miarę powtarzania się tych bodźców drogi i ośrodki rozwijają się i doskonalą coraz więcej; pozostawiają one ślady w *m*, gdzie wytwarza się pamięć ruchów mięśniowych artykulacyjnych, niezbędnych do wydobycia głosu, w celu wymówienia słowa. Miejsce to nazywamy ośrodkiem ruchowym mowy (*Sprachbewegungscentrum*). Im doskonalej droga *a—s—m—b* jest wprawiona i wyćwiczona, tem lepiej dziecko jest w stanie słyszane słowa powtarzać i z czasem wytwarza się w mózgu skojarzenie słyszanych głosek z czuciami, zależnemi od ruchów artykulacyjnych, mających miejsce przy wygłaszaniu rozmaitych dźwięków. Od powtarzanego słowa dochodzą znów obrazy dźwiękowe do ośrodka słuchowego i wrażenia dotykowe wykonanych ruchów — do ośrodków ruchowych w płacie czołowym mózgu; te to wyobrażenia wtórne umożliwiają kontrolę i poprawność powtarzanego wyrazu. Początek powtarzania tego u dziecka przypada przed końcem pierwszego roku życia.

Na tem jednak nie koniec. Ośrodki *s* i *m* po swojem rozwinięciu rozsyłają bodźce dalej, do innych ośrodków, połączonych z nimi. Jeżeli dziecko ma także rozumieć wyraz słyszany, to wrażenie słuchowe musi być połączone z innymi ośrodkami zmysłowymi. Pojęcie jakiegoś przedmiotu przychodzi do skutku dopiero przez połączenie wszystkich wrażeń, które on drogą narządów zmysłowych w mózgu wywołuje. Wyobrażenie przedstawia sumę pojedynczych wrażeń zmysłowych, które nam umożebniają przywołanie do świadomości wszystkich cech jakiegoś przedmiotu. N. p. wyobrażenie róży jest sumą wrażeń i obrazów pamięciowych woni, kształtu i uczucia dotyku. Pojęcie chleba składa się z obrazu wzrokowego, z obrazu pamięciowego smaku, dotyku (przy obmacywaniu i żuciu) i z obrazów słownych, t. j. słuchowych i ruchowych przy wymawianiu oraz wzrokowych przy czytaniu. Tu najważniejszymi są obrazy wzrokowe i smakowe; dla innego pojęcia zaś, n. p. pojęcia dzwonu, najważniejszym jest obraz dźwiękowy.

A więc ośrodek *s* inerwuje i pobudza ośrodki *d* (dotyku), *w* (węchu) *o* (*wzroku*) i t. d., które przez włókna t. zw. kojarzenne pozostają ze sobą w związku. Ten związek jest tak ścisły, że wystarcza pobudzenie jednego ośrodka, ażeby zaraz i inne zostały pobudzone i wywołały wyobrażenie zmysłowe. I tak, sam zapach róży budzi wyobrażenie przedmiotu, jego obraz wzrokowy ze wszystkiemi jego atrybutami, jak barwa, kształt i t. p.; albo słysząc głos znanego człowieka, lub tylko imię jego, mamy zaraz przed oczami jego osobę, t. j. postać, ubranie, a nawet wyobrażenia oderwane, np. jego przymioty duchowe itd. Odczu-

wając zapach znanej potrawy, tworzymy w wyobraźni jej kształt, czujemy jej smak, jej zbitość. Słysząc trąbkę straży ogniowej, budzi się w nas wyobrażenie o ogniu, dymie, widzimy przybory strażackie, wodę, beczki, konie, słyszymy krzyki, gwar itd. Usłyszana nazwa jakiego znanego przedmiotu. wywołuje w pamięci wszystkie cechy jego i cały szereg wyobrażeń z nim się łączących. Robimy węzeł na chustce, by sobie przypomnieć jakieś wyobrażenie przez sam widok węzła. Możemy zatem obudzić drogą wrażeń zmysłowych nietylko pamięć zmysłową, lecz także wyobrażenia oderwane.

Sprawę pojęcia podciągnięto szematycznie pod nazwę „ośrodka pojęciowego“ *(Begriffscentrum)* i przedstawiano go przez ośrodek wyobrażeniowy *P*, który jest połączony z anatomicznie uchwytnymi ośrodkami ruchowymi i czuciowymi, jak *m* i *s*. W rzeczywistości takiego osobnego ośrodka dla pojęcia niema, jak niema osobnego ośrodka dla siedziby duszy. Ośrodek pojęcia, ideacyi *P* nie jest więc jednostką jednolitą anatomicznie, lecz przedstawia połączenie wielkiej ilości spraw duchowych, jest wyrazem wszystkich czynności duchowych, potrzebnych do zrozumienia, do pojęcia *in specie* wyrazu, spraw odbywających się w całej korze mózgowej i składających się z sumy obrazów pamięciowych i spostrzeżeń zmysłowych, z których każde z osobna może na zawołanie się wynurzyć i być wywołane w wyobraźni. Pewne pojęcie może także być wywołane przez inne pojęcie pokrewne, n. p. widok łanu pod zbożem może budzić pojęcie chleba, strajku rolnego i t. p.

Tak więc połączenie ośrodka słuchowego *s.* z innymi ośrodkami *d. w. o.*, które razem dla uproszczenia nazwijmy *P*, umożebnia dziecku pojęcie i zrozumienie słyszanego wyrazu. A zatem ucho pojmuje wyraz, jako szmer niewyraźny; w *s* powstaje wyraźne, ale niezrozumiałe wrażenie, a dopiero w *C* ma miejsce zrozumienie wyrazu, jego pojęcie. Ballet to wyraża tak: „qu'un mot vienne frapper l'oreille il y est reçu, puis est conduit jusqu'à la première temporale, qui le perçoit comme son différencié et de là va ébranler un on plusieurs autres centres“.

W dalszym rozwoju zostaje inerwowaną droga C-*m*, t. j. droga od pojęcia do ośrodka ruchowego dla mowy i wtedy dopiero dziecko jest w stanie nietylko co słyszy powtarzać i rozumieć, lecz także samodzielnie mówić. Mianowicie powstające pojęcie w P. inerwuje drogami *P-s* i *P-m* ośrodki słuchowe i ruchowe, które razem stanowią wyobrażenie o słowie, t. zw. pojęcie słowne *(Wortbegriff)*. Od pobudzonych tą drogą obrazów ruchowych i słuchowych idą bodźce ku obwodowi do narządów artykulacyjnych w *b.*, w celu wywołania wyrazu odpowiadającego pojęciu.

Według Ołtuszewskiego najwcześniej, bo już począwszy od 8 miesiąca, przychodzi do skojarzenia pamięci słuchowej z innymi ośrodkami, a zatem do rozumienia mowy, a następnie dopiero do powtarzania, które przypada na koniec pierwszego roku. Dla mowy samodzielnej wymaganą jest sprawna już pamięć słuchowa i ruchowa, t. j. zdolność wyobrażenia sobie, albo pobudzenia samodzielnego dobrze już rozwiniętych obrazów słuchowych i ruchowych danego słowa. Przytem wyobrażenie słuchowe musi trwać aż do wypowiedzenia ostatniej głoski, dla ogarnięcia następujących po sobie zgłosek w jednę całość i złączenia ich w jedno słowo. Zestawienie tych głosek przy mowie wymaga przeto więcej pamięci, czasu i zdolności kojarzenia, niż samo spostrzeżenie, zrozumienie lub powtórzenie. Z tych to powodów samodzielna mowa najpóźniej się rozwija, bo z końcem 3-go roku życia.

Wszystkie te wyżej wymienione drogi są anatomicznie już preformowane, nie są jednak jeszcze czynne u noworodka. Czynność ich fizyologiczna wyrabia się dopiero przez wprawę, przez ćwiczenie, do którego dają powód bodźce ze świata zewnętrznego drogą od narządów zmysłowych obwodowych do ośrodków zmysłowych korowych. W ten sposób można odróżnić następujące czynności, składające mowę głosową:

1) słyszenie bez rozumienia; czynność ta odbywa się drogą *a—s;*

2) rozumienie słyszanego, droga *a—s—P;*

3) powtarzanie słyszanego bez rozumienia, droga *a—s—m—b;*

4) powtarzanie słyszanego z rozumieniem drogą wyrażoną pod 3) + *s P;*

5) samodzielna mowa odbywa się drogami *Psm. Pm.* i *mb.*

W tym szemacie można porównać *s* z tylnymi rogami rdzenia pacierzowego, *m* z przednimi; w ten sposób mamy przed sobą łuk odruchowy psychiczny. W tym łuku dają się odróżnić dwie główne części, mianowicie: 1) ośrodki korowe i ich połączenie z obwodem, t. j. z narządami zmysłowymi i ruchowymi. Część tę nazywa Meynert układem rzutowym; ośrodki zaś *s* i *m* nazywa polem rzutowem. 2) Drugą część, to jest pola rzutowe i włókna kojarzące je z sobą nazywają się podług Meynerta układem kojarzennym. Czynność skreśloną pod 1) polegającą na słyszeniu i porozumieniu dźwięków w *s*, zowiemy czynnością pierwotnej identyfikacyi lub utożsamienia; czynność zaś określoną pod 2) i polegającą na znalezieniu właściwego danemu i rozpoznanemu dźwiękowi pojęcia w *P*, zowiemy czynnością następowej identyfikacyi. Porównano *s* z stacyą, która otrzymuje telegram, *P* zaś — z tym, który, jako ostateczny odbiorca, telegram rozumie i nadaje odpowiedź w *m*, t. j. w stacyi nadawczej, ta zaś odsyła ją na zewnątrz przez wywołanie odpowiednich ruchów, potrzebnych do wyrażenia tej odpowiedzi w *b*. Ta czynność, odbywająca się właśnie drogą *s—P* i *P-m.*, jest czynnością następowej identyfikacyi (Wernicke). Drogi nerwowe, łączące ośrodki jednego układu rzutowego ze sobą, nazywają się drogami kojarzennemi, wewnątrzkorowemi; drogi zaś łączące ze sobą ośrodki różnych układów ruchowych — drogami kojarzennemi pozakorowemi. (Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Moritz Benedikt: **Das biomechanische (neovitalistische) Denken in der Medizin und in der Biologie.** *(Verlag von Gustav Fischer in Jena 1903).*

Tylko człowiek z takiem klinicznem doświadczeniem i takiej erudycyi, jak Benedikt, mógł podjąć się napisania tej pracy, będącej wstępem do „Stanu ogólnej patologii na początku bieżącego wieku“. Z pracą autora może niejeden się nie zgodzi, lecz każdy mu przyzna, że jest ona głęboko obmyślana i od początku do końca konsekwentnie przeprowadzona. Książka ta ma obok właściwie wytkniętego celu także i cel uboczny, że się tak wyrażę „agitacyjny“

mianowicie zwrócenie uwagi na konieczność empiryi w naszej nauce i zastosowanie do medycyny nauk matematycznych. Na poparcie swych twierdzeń wypowiada B. prawdy, które popiera dosadnymi dowodami' Przez biomechanikę rozumie B. neowitalizm, czyli naukę o układzie cząstek, umożliwiających czynności życiowe i o rodzaju tych czynności, jako następstwie zapasów, nagromadzonych w narządach. W dziewięciu rozdziałach roztrząsa autor omawiany przedmiot, mianowicie rozpoczyna od biomechaniki komórki, omawia działalność komórki w odległości, przy pomocy soków i układu nerwowego, oraz działalność na odległość układu nerwowego. Dowodem matematycznej ścisłości autora są rozdziały, w których zastanawia się nad zasadniczem prawem objawów życiowych, nad biomechanicznem prawem minimalnem i nad biomechanicznem prawem o trwonieniu w naturze. Biomechanika rozrostu jest jeszcze dosyć ciemną, a do poznania jej doprowadzi bliższe zapoznanie się z jego dynamiką. Omówiwszy jeszcze biomechanikę prądu krwi, w której się powołuje po największej części na to, co dawno już wypowiedział, zastanawia się nad biblijnym Adamem i Ewą, dochodząc do wniosku, że historya obydwóch tych postaci i o pochodzeniu od nich ludzkości, nie dają się z punktu widzenia naukowego w żaden sposób pojąć.

Jak widzimy B. porusza w tej książce doniosłe sprawy życiowe, omawia je w sposób prawdziwie filozoficzny i z punktu widzenia wyższego. Ścisły zakres sprawozdawcy nie pozwala nad nimi szczegółowiej się zastanowić, gdyż wymagają one osobnego studyum. *Dr. Lachs.*

Dr. Stephan Vámossy: **Beiträge zur Geschichte der Medicin in Pressburg.** *(Pozsony-Pressburg, 1092, str: XVI—307).*

Monografie pojedynczych miast, nie posiadających uniwersytetów, przedstawiają zazwyczaj dosyć mało zajęcia dla szerszego świata lekarskiego. Przyczyną tego bywa ta okoliczność, że materyał w nich zawarty miewa zazwyczaj tylko miejscowe znaczenie i że bardzo często bywa po dyletancku zużytkowany. Inaczej się rzecz ma, jeżeli autor tego rodzaju pracy opiera się w niej o historyę ogólną, a pod względem lekarskim o powszechną historyę medycyny. W takim razie ze znaczenia jedynie miejscowego rozprawa nabiera doniosłości ogólnej. Taką jest praca, której tytuł powyżej przytoczyliśmy. Vámossy jest lekarzem miejskim w Preszburgu, zna dokładnie stosunki miasta, poruczonego jego lekarskiej pieczy; ma przystęp do archiwum preszburskiego i pracuje z zamiłowaniem nad przeszłością medycyny i Preszburga. Przedmiot to dla nas dość odległy i dość nam obcy. Zainteresowuje nas jednak, bo się opiera, jak to już zauważyliśmy, o ogólną historyę medycyny. Gdzie tylko się potemu sposobność zdarza, nie zapomina Vámossy zwrócić na to uwagi czytelnika. To też praca jego cieszy się uznaniem węgierskiej Akademii Umiejętności, która ją gorąco poleciła.

Co tylko archiwum w Preszburgu zawierało, zużytkował autor z nabożnością, godną sprawy, jakiej się podjął. Trudną zaś ona była, bo V. postanowił zbadać stosunki lekarskie Preszburga od najdawniejszych czasów, — kiedy jeszcze laicy, księża i dyletanci medycyną się opiekowali — aż do czasów Maryi Teresy. Te same stosunki, które spotykamy w wielu innych miastach i krajach w początkach rozwoju nauk lekarskich, były miarodajne i dla Węgier, a z nimi i dla Preszburga. Dopiero w pierwszej połowie XVI-go wieku znajdujemy zmianę w tym kierunku, gdyż wtedy widać już wybitny wpływ stosunków wiedeńskich

Liczba lekarzy była w rozmaitych wiekach bardzo zmienną, a pisanie recept weszło w zwyczaj dopiero w wieku XVI-tym. Honorarya lekarskie bywały wtedy dosyć wysokie, a uiszczali je tylko zamożni, gdyż dla biednych istniał już od XV-go w. lekarz miejski, którego obowiązkiem było leczenie bezinteresowne. Vámossy wymienia bardzo sumiennie wszystkich lekarzy, — o ile tylko ich nazwiska mógł odszukać, — którzy się bądź urodzili w Preszburgu, bądź też jakiś czas w nim swój zawód wykonywali. W liczbie ich znajdujemy nazwiska jak Raygerów, Rulanda, Segnera — wynalazcę kółka, nazwanego jego imieniem i wielu innych. Nie zapomina jednak i o niższej służbie lekarskiej, o balwierzach, chirurgach, akuszerkach i o — kacie, który swoim torturowanym ofiarom „musiał pierwszej pomocy udzielać i pamiętać także i o czyszczeniu kloak“. Obok zabezpieczenia zdrowia obywatelom, zarząd miasta musiał pamiętać o nadzorze nad domami publicznymi i o utrzymaniu ich w należytym stanie. Tych i innych szczegółów znajdujemy wiele w książce V., który, załatwiwszy się z nimi, przedstawia nam historyę chorób nagminnych, jakie Preszburg w owych czasach nawiedzały. Opisane tu zwyczaje stanowią bardzo ciekawy przyczynek do historyi oświaty Preszburga.

Przyjemny dodatek dla czytelnika tej pięknie wydanej i pisanej książki stanowi *„Regimen sanitatis Salernitanum“.*

Dr. Lachs.

IV. Wyciągi.

Kehr. 1) **O chirurgicznem leczeniu kamicy żółciowej.** *(Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts;* zeszyt 24). 2) **Rzut oka na 720 laparotomij z powodu kamyków żółciowych z szczególnem uwzględnieniem 90 przypadków sączkowania przewodu wątrobowego.** *(Therapie der Gegenwart* 1902, zeszyt 10). Dawniej trudno było przedstawić sobie chorego na kamicę bez żółtaczki, której przecież bywa brak w 80 do 90% przypadków kamyków w pęcherzu żółciowym i przewodzie pęcherzykowym, a nawet wobec kamyków w przewodzie żółciowym i wątrobowym nie ma jej w 30% przypadków. Prawie równie często brakuje obrzęku wątroby. Częsty brak żółtaczki jest rzeczą naturalną, bo kamica długi czas odbywa się tylko w pęcherzu, a wędrowanie kamyków należy wprost do rzeczy wyjątkowych. Jak wykazały setki operacyj, kolka żółciowa polega zwykle na zapaleniu błony śluzowej pęcherza żółciowego, przez co przewód pęcherzykowy obrzmiewa, a przypływ i odpływ żółci zostają wstrzymane; rzadko natomiast kolka żółciowa występuje z powodu skurczów pęcherza, wypełnionego kamykami. Zapalenie błony śluzowej polega prawie zawsze na zakażeniu prątkiem okrężnicowym, łańcuszkowcami i gronkowcami, podczas gdy kamyk sam ledwieby mógł wywołać zapalenie. Tak też można sobie wytłómaczyć, że kolka żółciowa jest stosunkowo rzadka wobec nadzwyczajnego rozpowszechnienia kamicy, gdyż prawie na każdych 10 sekcyj dorosłych znachodzimy raz kamyki żółciowe i autor oblicza, że na ludność całego państwa niemieckiego dwa miliony ma kamyki żółciowe, a tylko 5%, tj. 100.000, odczuwa z powodu tego dolegliwości, u 1,900.000 zaś kamyki zachowują się spokojnie, prawie jako nieszkodliwe ciała obce. Nazywamy to okresem, lub stanem utajonym. Jeśli zapalenie w pęcherzyku ustaje, puchlina jego staje się także jałową i utajoną, a nawet otoki pęcherza żółciowego nie wywołują często żadnych objawów. Wiemy dziś, że największa część t. zw. „kurczów żołądkowych“ polega jedynie na sprawach zapalnych pęcherza żółciowego. Do zapalenia pęcherza przyłącza się często i zapalenie okołopęcherzykowe, wywołujące różne zrosty, które mogą być potem źródłem kolki, choć kamyków wcale już niema. Kamica żółciowa niesłusznie uchodziła dotychczas za chorobę niewinną; jest to choroba poważna i złośliwa, której niebezpieczeństwa ustępują leczeniu wewnętrznemu tylko w 50% przypadków, natomiast zapomocą leczenia chirurgicznego wyleczenie następuje w 95%. Nigdy nie należy się spuszczać na wyleczenie siłami przyrody, które Naunyn miał stwierdzić w 30 przypadkach jako przetoki wytworzone między narządem żółciowym a jelitami; po największej części bowiem kamyki jeszcze zostają, a przetoki mogą ułatwić zakażenie dróg żółciowych. Dlatego też autor nie zaleca sztucznych połączeń dróg żółciowych z jelitami.

Autor wcale nie sądzi, że każdy chory na kamicę żółciową musi być operowanym; żądanie Riedla, ażeby operować każdy przypadek w samym początku choroby, uważa K. teoretycznie za słuszne, lecz w praktyce nie da się ogólnie przeprowadzić. Natomiast sądzi on, że wobec ostrego surowiczo-ropnego zapalenia pęcherza żółciowego i wobec przewlekłej niedrożności przewodu żółciowego zbyt rzadko i zbyt późno się operuje. Autor uznaje, że w wielu przypadkach można na długi czas osiągać stan utajenia zapomocą leżenia, picia wód alkalicznych i t. d.: szczególnie wobec zapalenia pęcherza żółciowego t. zw. przewlekle nawrotowego leczenie w Karlsbadzie, Neuenahr lub w domu, regularnie przeprowadzone tak dalece usunie kolki, że niema powodu do naglenia z operacyą. Okłady

gorące (termofory), leżenie w łóżku i picie wody karlsbadzkiej przez kilka tygodni dają pod tym względem najlepsze wyniki.

W leki żółciopędne K. nie wierzy i uważa na razie rozpuszczanie kamyków za niemożebne. Karolowe Wary, szczególnie „Sprudel“ działają w ten sposób, że przez znaczną poprawę krążenia w układzie żyły bramnej ustępują sprawy zapalne w pęcherzu i przewodzie żółciowym i znika obrzmienie błony śluzowej tak, że z łatwiej spływającą żółcią małe kamyki łacniej odejść mogą. Po największej części jednak kamyki są za duże, by mogły odejść i choroba wstępuje tylko w okres utajony. Coroczny pobyt w Karlsbadzie może chorobę stale w tym okresie utrzymać, a stały stan utajenia równa się prawie wyleczeniu. Taki skutek następuje w 50% przypadków. Stosowanie „mięsienia wibracyjnego“ w sprawach zapalnych narządu żółciowego nie odpowiada zasadom nauki. Jeśli napady są lekkie i w międzyczasie okolica pęcherza żółciowego jest zupełnie niebolesną, K. nie operuje.

Nietylko w pęcherzyku, lecz także w przewodzie żółciowym i pęcherzykowym kamyk również może długi czas pozostać utajonym i mimo uwięźnięcia nie wywołać najmniejszych dolegliwości; gdyż nie kamyk wywołuje bóle, lecz nagromadzający się za nim wysięk zapalny w pęcherzu, względnie w drogach żółciowych. Ostrą niedrożność przewodu żółciowego wspólnego z małymi wyjątkami należy leczyć wewnętrznie, bo kamyki uwięźnięte mogą odejść drogą fizyologiczną, a chory podczas kolki, osłabiony z powodu bólów i zakażenia, nie nadaje się do większych zabiegów operacyjnych. Natomiast wobec niedrożności przewlekłej przewodu żółciowego i bezskuteczności leczenia karlsbadzkiego nie należy długo zwlekać z operacyą. Jeśli występują objawy wyraźne zapalenia dróg żółciowych, a żółtaczka, chera i zupełny brak łaknienia długo chorego wyniszczają, należy rozważyć, czy operacya nie jest konieczną. Kolka bez żółtaczki i bez odejścia kamyków wymaga operacyi wobec lichego stanu ogólnego, upośledzenia zdolności do zarobkowania i z powodu życia zatrutego. Przypadki z żółtaczką i każdorazowem odejściem kamyków należą do internistów; jeśli zaś napady często się powtarzają, chory znacznie podupada i niema nadziei całkowitego wydalenia kamyków, wtedy operacya jest pożądaną. Puchlina i otok pęcherza żółciowego, oraz sprawy ropne okołopęcherzykowe przypadają chirurgom. Tylko jeśli wyjątkowo puchlina jałowa nie wywołuje żadnych objawów, można czekać, dopóki nie wystąpią dolegliwości uciążliwe. Morfiniści pod każdym warunkiem muszą być operowani i czas leczenia pooperacyjnego nadaje się wyśmienicie do odzwyczajenia ich od morfiny. Tak lekarz, jak i chory łatwo decydują się na operacyę, jeśli da się wykazać guz pęcherza żółciowego, obrzęk wątroby i jeśli występują żółtaczka i gorączka. Lecz i bez zmian miejscowych w wątrobie i pęcherzu żółciowym należy operować wobec długotrwałych znacznych dolegliwości, nie ustępujących pod wpływem leczenia wewnętrznego. W takich przypadkach znachodzimy często zrosty pęcherza bez kamyków. Bo jeśli pęcherz żółciowy z otwartym przewodem pęcherzykowym jest zrośnięty z żołądkiem, dwunastnicą lub siecią, wywołuje on różnorodne i trudne do rozpoznania cierpienia, a chorych takich po największej części leczy się z powodu wrzodu żołądka, lub niestrawności nerwowej. Tu zluźnienie zrostów i wycięcie pęcherza żółciowego usuwa kolki, a zatwardzenie, migrena, ucisk w żołądku, odbijanie i liczne inne dolegliwości znikają po operacyi. Sprawy następowe po kamicy żółciowej, jak zapalenie ropne dróg żółciowych, ropień wątroby, zapalenie otrzewnej z powodu przebicia, ropień podprzeponowy, zwężenia znaczne odźwiernika i dwunastnicy, a często i niedrożność jelit z powodu kamicy żółciowej, muszą być leczone chirurgicznie.

Leczenie raka pęcherza żółciowego powinno być przedewszystkiem zapobiegawcze, a chorzy, cierpiący na kamicę i pochodzący z rodzin, w których zdarzały się częściej przypadki raka, powinni jak najwcześniej poddać się operacyi; niestety, przebieg kamicy w przypadkach, w których pęcherz żółciowy później rakowato wyrodnieje, jest często zupełnie utajonym tak, że prawie zawsze z operacyą za późno się przychodzi. Może w 33% przypadków kamicy przyłącza się zapalenie trzustki, które ustępuje po wycięciu pęcherza i sączkowaniu przewodu wątrobowego. Dlatego też chorzy z żółtaczką przewlekłą, nie polegającą ani na kamyku w przewodzie żółciowym, ani na chorobach nieuleczalnych wątroby, muszą najpóźniej trzy miesiące po rozpoczęciu się żółtaczki być operowani, ponieważ nie tak rzadko zamiast domniemanego raka głowy trzustki znachodzimy uleczalne śródmiąższowe zapalenie trzustki.

Z operacyj najchętniej K. wykonuje tylko cięcie przewodu wątrobowego w połączeniu z wycięciem pęcherza i w końcu do przewodu wątrobowego szczelnie wprowadza sączek gumowy, przez który cała żółć na zewnątrz się wydziela; odsetek śmiertelności w tych operacyach nie przekracza obecnie 3%. Przez sączkowanie przewodu wątrobowego dochodzimy i do kamyków zawartych w głębszych drogach wątrobowych i przez odprowadzenie na zewnątrz zakażonej żółci możemy skutecznie walczyć z niebezpieczeństwem zapalenia dróg żółciowych. Przez wycięcie pęcherzyka żółciowego, połączone z sączkowaniem przewodu wątrobowego, osiągnięty zostaje cel, który chirurgia w leczeniu kamicy żółciowej wytknąć mogła, t. j. usunięcie nietylko kamyków obecnych, lecz także zapobieżenie o ile możności dalszemu się ich wytworzeniu. Już dawno bowiem jest udowodnionem, że najgłówniejszem miejscem tworzenia się kamyków jest sam pęcherz żółciowy i że pierwotne powstanie kamyków w drogach wątrobowych należy do nadzwyczajnych rzadkości.

Stosunek kobiet do mężczyzn u operowanych był 5: 1. Mężczyźni, szczególnie otyli, nie dobrze znoszą operacyę, natomiast nadają się dobrze kobiety, które już rodziły. W ostatnim czasie K. operował trzech chorych powyżej lat 70 z wynikiem dodatnim. Wskazania do operacyi u bogatych brzmią odmiennie, aniżeli u biednych: ci ostatni bowiem nie są w stanie korzystać z dobrodziejstw leczenia w Karlsbadzie i żyć ściśle wedle przepisów dyetetycznych. Wobec cukrzycy, miażdżycy, przewlekłego zapalenia nerek, chorób płuc i serca, znacznej otyłości i t. d. należy o ile możności wystrzegać się operacyi. Najważniejszem jest szybkie i gruntowne operowanie, przyczem autor nie radzi operować w domu prywatnym, bo leczenie następowe jest często o wiele ważniejsze, niżeli sama operacya. Nawrotów prawdziwych, t. j. ponownego tworzenia się kamyków w zupełnie opróżnionym pęcherzu żółciowym autor nie zauważył; w 10% powstają nawroty niewłaściwe, t. j. zapalenia w pęcherzu i zaburzenia z powodu zrostów i przepukliny.

Autor wyraża przekonanie, że leczenie kamicy stanie się więcej chirurgicznem, jeśli lekarze praktykujący częściej będą się przypatrywali operacyom i przez dokładne wyuczenie się anatomii patologicznej kamicy *in vivo* wyćwiczą się w rozpoznawaniu i stosownem wybieraniu przypadków. *Dr. Fels.*

Berrwut. **Przypadek pęknięcia macicy podczas porodu z następowem wypadnięciem sieci, wyleczony przez laparotomię.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 41, 1902). Autor, zawezwany do wielródki po porodzie bliźniaczym w celu wydobycia zatrzymanego łożyska, znalazł sterczącą z ujścia sieć, która wydostała się z jamy otrzewnowej przez ukośne pęknięcie macicy. Odrazu wykonał laparotomię, amputował część sieci i ranę macicy zeszył. Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy do dnia piątego. W dniu tym bez zasięgnięcia porady lekarza mąż chorej podał jej silny odwar senesu, poczem wystąpiły bardzo silne bóle; chcąc ulżyć cierpiącej rozciął mąż opatrunek, poczem nastąpiło rozstąpienie się rany powłok brzusznych. Następnego dnia chorą przyniesiono do szpitala, gdzie ranę po oczyszczeniu powtórnie ze-zyto, poczem nastąpiło zupełne wyleczenie. *P.*

Mendel. **Pęknięcie macicy w porodzie, wyleczone bez zabiegu operacyjnego.** (*Deutsche medicin. Wochenschrift* Nr. 45, 1902). M., zawezwany do wielródki w 24 godzin po odejściu wód, znalazł stan rodzącej całkiem dobry; brak pierścienia skurczowego i położenie płodu poprzeczne, postawa druga. Wobec tego wykonał obrót i wydobył płód mały, nieżywy. Bezpośrednio po urodzeniu płodu rodząca zaczęła blednąć, tracić przytomność, a tętno stało się ledwie wybadalne. Ponieważ łożyska wygnieść się nie dało, wprowadził rękę do jamy macicy i natrafił na duże pęknięcie jej ściany po stronie prawej. Za wyciągniętą ręką wypadła pętla jelita przed szparę sromową aż na pościel. Odprowadziwszy pętlę jelita do jamy otrzewnowej, M. wytamponował całą jamę macicy i pochwę gazą jodoformową, wywierając równocześnie na dno macicy ucisk zapomocą dużego worka z lodem. Chora po 14-tu dniach wyzdrowiała i miała później rodzić jeszcze dwa razy prawidłowo. *P.*

Toff. **Dwa przypadki ciał obcych w macicy.** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 38, 1902). Autor znalazł w macicy w rok po poronieniu pozostawiony w niej podczas tamponowania zwitek gazy grubości dwóch palców, a 30 ctm. długi. W drugim przypadku, zawezwany do poronienia w czwartym miesiącu ciąży, znalazł w jamie macicy patyk 5 ctm. długi, 2½ ctm. gruby. Patyk ten pochodził z rośliny *helleborus niger*, która według zapatrywania ludu w Rumunii ma własności sprowadzenia poronienia. *P.*

Schrötter. **Wyjęcie ciała obcego z prawego płuca zapomocą bronchoskopii drogą naturalną.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 45). S. opisuje następujący przypadek: Do kliniki zgłosiła się chora ze skargami na dolegliwości, jakich doznała podczas jedzenia mięsa. Badanie wykazało obecność kawałka kości w tchawicy na wysokości mniejwięcej 6-go pierścienia; zapomocą szczypczyków usunięto ten kawałek kości, wielkości 5 × 2 mm. W 3½ lat później zgłosiła się chora ponownie do kliniki. Badanie kazało przypuszczać rozszerzenie oskrzela. Podejrzywając, czy czasem razem z wyjętym poprzednio kawałkiem kości nie

dostał się inny do płuc, wykonano bronchoskopię górną. Udało się wprowadzić przez usta rurkę do tchawicy i oskrzela prawego aż do gałęzi, idącej do płatu dolnego prawego na głębokości 29,5 ctm. od zębów; wykryto obecność ciała obcego na tej głębokości. Po wielu usiłowaniach udało się w końcu wydobyć ciało na zewnątrz. Cały zabieg wykonano w znieczuleniu miejscowem. Ciało obce okazało się kosteczką wielkości 8 × 5 mm. Po usunięciu ciała obcego objawy rozstrzeni oskrzelowej ustąpiły. *Dr. Teofil Zalewski.*

Winternitz. **Wybór metody leczenia tyłozgięcia macicy.** (*Wiener med. Presse* 1902, Nr. 42). Objawy tyłozgięcia macicy i sposób jego leczenia są rozmaite; ostatnie zależeć będzie od wieku chorej, dalej od tego, czy i ile razy rodziła. Dla łatwiejszego zrozumienia sposobów postępowania dzieli W. chore, dotknięte tyłozgięciem macicy, na grupy. Do pierwszej zalicza kobiety, które nie rodziły, u których macica jest ruchoma i brak jest innych zmian chorobowych w macicy i w przydatkach. Do objawów tyłozgięcia w tej grupie zalicza ból w krzyżach, rozpromieniający się ku nogom, a nadto rozmaite objawy nerwowe i histeryczne. Cierpienie miejscowe jest w tych przypadkach zdaniem autora bez znaczenia, dlatego leczenie powinno być ogólne przeciw objawom nerwowym lub histerycznym, a tylko w tych przypadkach, w których chora odnosi sama swoje cierpienia nerwowe do złego położenia macicy, tam stosować leczenie miejscowe, którego wpływ jest więcej psychiczny. Do drugiej grupy należą osoby, które rodziły, a które prócz tyłozgięcia nie okazują żadnej innej choroby, ani zboczenia w częściach rodnych. W przypadkach tych założenie krążka lub wykonanie odpowiedniej operacyi daje wyniki znakomite. Do następnej grupy zalicza autor wieloródki, u których czy to wskutek zwiotczenia, czy pęknięcia międzykrocza, prócz tyłozgięcia macicy jest jeszcze wypadanie ścian pochwy. Osoby te prócz bólu w krzyżach skarżą się na opadanie i ucisk w dole. W tych przypadkach cierpienia te usuwać mają krążki lekkie, okrągłe, które niekoniecznie dobrze prostują macicę, ale usuwają wypadanie pochwy, a ztąd i najprzykrzejsze cierpienia. Do ostatniej wreszcie grupy zalicza tyłozgięcia macicy, powikłane z innemi cierpieniami, bądź samej macicy, bądź przydatków. Objawy chorobowe będą znacznie cięższe i odnieść je należy do schorzeń dodatkowych, a nie do samego tyłozgięcia. Leczenie zależeć będzie od towarzyszącej zmiany chorobowej. *P.*

Dr. Engels (Marburg). **Bakteryologiczne próby jałowości rąk po ich odkażeniu metodą Ahlfelda, Mikulicza, kombinacyami wyskoku z formaldehydem i bacylolem.** (*Archiv f. Hygiene.* Tom 45, Zeszyt 3, 1902). Metoda Ahlfelda (mycie mydłem i szczotką w gorącej wodzie, potem w 96% wyskoku) może być stosowaną z powodzeniem w mniejszych zabiegach operacyjnych; do większych się nie nadaje, gdyż wyskok nie odkaża dostatecznie głębszych warstw. Metoda ta, sprowadzona przez Mikulicza do mycia wyskokiem mydlanym, nie daje zupełnie dobrych wyników: posługując się dla sprawdzenia wyników skrzynką Paul-Sarwey'a, której autor stale w swych doświadczeniach używał, nie otrzymał nigdy jałowości, nawet nie stwierdził ani razu znaczniejszego zmniejszenia się kolonij. Wyskokowe rozczyny formaliny posiadają bardzo silne własności bakteryobójcze, jak stwierdzają doświadczenia z *staphylococcus pyog. aur.*, *pyocyaneus*, *prodigiosus* i *bac. typhi abd.*, jednakże do odkażania rąk się nie nadają, gdyż już w 1% rozczynach wywołują silny wyprysk, a przytem mają nieznośny zapach. Natomiast wyskokowe rozczyny lysoformu (2%) mogą być użyte do odkażania rąk z zupełnem powodzeniem: jałowość osiągnięto w 70,7%, gdy przy metodzie Ahlfelda zaledwie w 29,1%. Hexametylentetramin, znany pod nazwą forminu, aminoformu lub urotropiny, okazał się najzupełniej nieprzydatnym. Wszystkie powyżej omówione środki przewyższa bacylol, któremu fizyczne i bakteryobójcze własności zapewniają naczelne miejsce w szeregu różnych środków odkażających; wyróżnia się bacylol przyjemnym i krótkotrwałym zapachem, wysoką zawartością kreosolów (52%), brakiem własności drażniących skórę i trujących. Rozczyny wyskokowe bacylolu (2—3%) już po ½-minutowem działaniu zabijają: *staphylococcus pyog. aur.*, *prodigiosus*, *bac. typhi abd.*, sarcyny, to też wyniki odkażania rąk były jeszcze lepsze, niż przy lysoformie.

Z. Czaplicki.

Prof. Heinricius. **O myomotomii z pozaotrzewnowem leczeniem kikuta według Chrobaka.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 67, zeszyt 2. 1902). Postępowanie operacyjne w przypadkach guzów mięśniakowych macicy przechodziło rozmaite koleje i do dnia dzisiejszego nie istnieje metoda ogólnie przyjęta. W r. 1891 podał Chrobak swój sposób operowania, używany odtąd przez wielu operatorów z rozmaitem powodzeniem. Autor, rozporządzając 118 przypadkami, operowanymi tą metodą, sądzi, że wyniki jego przyczynią się do ocenienia tej operacyi; podaje on w krótkości historye chorob wszystkich przypadków. Wskazanie do operacyi zależy bardzo często od stanowiska społecznego, zatrudnienia i innych stosunków kobiety, dotkniętej tą chorobą; w ścisłem tego słowa znaczeniu wskazanie do operacyi stanowią przypadki, w których guzy mięśniakowe szybko rosną, okazują zwyrodnienie, wywołują bóle, często i obfite krwotoki, gromadzenie się płynu w jamie brzusznej, ucisk na narządy sąsiednie, upośledzenie zdolności do pracy; jeżeli występują objawy uwięźnienia, nie dające się usunąć w inny sposób, wreszcie przy ciąży, jeżeli można przewidzieć, że wskutek tych guzów mogłyby wystąpić znaczne przeszkody przy porodzie. W technice operacyjnej H. odstąpił nieco od pierwowzoru, podanego przez Chrobaka. Krótki opis postępowania operacyjnego jest następujący: Przed operacyą dokładnie oczyszcza się pochwę wodą sublimatową i tamponuje gazą jodoformową. Chorą układa się według Trendelenburga. Po otwarciu jamy brzusznej wkręca się w guz 1 lub 2 korkociągi. Zapomocą igły Deschampsa podwiązuje się z obu stron przydatki macicy (u młodych kobiet zostawia się o ile możności jeden jajnik); następnie robi się cięcie łukowate na przedniej dolnej części macicy, a wreszcie na tylnej, w celu otrzymania dwóch płatów otrzewnowych. Dalej odpreparowuje się górną część szyjki macicy z otaczającej tkanki okołomacicznej i zakłada z każdej strony zapomocą igły Deschampsa po jednej podwiązce, któreby obejmowały już gałązkę tętnicy macicznej. Później usuwa się cały guz (wraz z macicą i górną częścią szyjki) zapomocą termokauteru Paquelina, którym równocześnie wypala się, a temsamem rozszerza się pozostały kawał szyjki macicznej, do którego wprowadza się wązki pasek gazy jodoformowej; koniec ośrodkowy tego paska wyciąga asystent przez pochwę na zewnątrz. Następnie zeszywa się szwem ciągłym (katgut) otrzewnę nad podwiązkami odciętych przydatków macicy i nad kikutem; wskutek tego osiąga się to, że wszystkie podwiązki i kikut leżą zaotrzewnowo. Wreszcie zeszywa się powłoki brzuszne, w trzecim dniu po operacyi wyjmuje się pasek gazy jodoformowej. H. nie zaszywa samego kikuta, w celu uniknięcia możliwego jego następowego obumarcia. W ten sposób operował H. wszystkie przypadki (118); dwie kobiety umarły wskutek zakażenia; śmiertelność więc wyniosła 1·65%; w 78 przypadkach okres pooperacyjny był zupełnie prawidłowy; w 9-ciu przypadkach nastąpiło krótkotrwałe wzniesienie ciepłoty; w reszcie przypadków okres pooperacyjny był zaburzony przez wystąpienie nieprzewidzianych powikłań, które jednak wkrótce przeszły. Autor uważa tę metodę operacyjną za lepszą od metody Doyena, polegającej na zupełnem wyjęciu macicy.

Dr. E. Ehrenpreis.

Szyłow. **Przypadek przełożenia trzew** (*situs inversus viscerum*) **z rzadką wrodzoną wadą serca.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 33). S. opisuje przypadek, w którym przełożenie trzew wikłało się z ciekawą i rzadką wadą serca. Klinicznie cechował go, oprócz objawów gruźlicy płuc i przełożenia trzew, szmer skurczowy nad koniuszkiem serca: uderzenie serca było rozlane, najwyraźniejsze u prawego sutka; wybitnie występował mruk koci; w ostatnich dniach życia wystąpiły zatory tętnic na stopach i goleniach. Chory umarł, licząc 12 lat. Sekcya wykazała niezupełne przełożenie trzew: jelito ślepe pozostawało na właściwem miejscu; inne narządy były przełożone. Serce miało 3 jamy: 2 przedsionki i jedną komorę; od komory odchodziły tętnice: główna i płucna, rozdzielone niewielką przegrodą; przegrody komór sercowych nie było prawie zupełnie; światło tętnicy głównej było nieco mniejsze, niż zwykle. Przedsionki leżały w porządku odwrotnym: prawy miał znaczenie lewego; do prawego dochodziły żyły płucne, do lewego żyły główne (*v. v. cavae*). Komóra łączyła się z przedsionkiem prawym, który zawierał 3 zastawki. Przedsionki łączyły się przez otwór, znajdujący się nad zarośniętym prawie otworem owalnym. Żyła główna dolna miała dużą zastawkę. Do przedsionka prawego dochodziło 3 żyły, jedna z nich miała zastawkę. Tę żyłę autor uważa za jednę z żył głównych; dwie zaś inne za płucne, które, jak wiadomo, zastawek nie posiadają. *Witold Orłowski.*

Prof. Winogradow. **Znaczenie metody bakteryologicznej w rozpoznawaniu chorób zakaźnych.** (*Russkij Chirurgiczeskij Archiw* 1902, Nr. 2). Badania Winogradowa (Petersburg) zmierzały do rozstrzygnięcia pytania, czy można sztucznie wprowadzić drobnoustroje do narządów trupa i czy z tych narządów można otrzymać takie same preparaty, jakie otrzymujemy np. w chorobach zakaźnych. Okazało się, że nawet do narządów ustalonych można z łatwością wprowadzić drobnoustroje na różną głębokość; drobnoustroje szerzą się w przestworach tkanin i w naczyniach tak, jak to ma miejsce w warunkach zwyczajnych. Ztąd wynika, że wykrycie drobnoustrojów w trupie jeszcze nie wystarcza dla niewątpliwego rozpoznania choroby zakaźnej, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie śmierć następuje o tyle szybko, że choroba nie zdradza się wybitnemi zmianami anatomicznemi.

Witold Orłowski (Ptbg.).

Prof. Kadjan. **Powietrzne torbielki na jelitach.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 37). Kadjan podaje nadzwyczaj rzadki przypadek, w którym cała otrzewna była usianą pęcherzykami, napełnionymi powietrzem. Dotyczył on chorej, lat 31 liczącej, która od trzech lat cierpiała to na rozwolnienie, to na zaparcie stolca, czasemi nudności i wymioty; przy badaniu stwierdzano w jamie brzusznej miejscami stłumienie odgłosu i chełbotanie; gorączki chora nie miała. Przypuszczając gruźlicę otrzewnej, lub przewlekłe zwężenie jelit, dokonał autor cięcia brzusznego w linii środkowej ciała. Po wydaleniu z jamy brzusznej znacznej ilości płynu pienistego, spostrzeżono na pętlicach jelitowych i na otrzewnej ściennej pęcherzyki wielkości główki od szpilki do orzecha laskowego. Pęcherzyki zawierały powietrze; niektóre z nich były więcej twarde; zwężenia jelit nie znaleziono. Gruczoły krezkowe były powiększone i zserowaciałe. Operacyę tę przyszło w krótkim czasie powtórzyć dwukrotnie; podczas ostatniej z nich okazało się, że znaczna część pęcherzyków znikła. Badanie wyciętych pęcherzyków wykazało, że składają się one z kilku warstw komórek śródbłonkowych. Oprócz K., przypadek podobnej choroby, zwanej *pneumatosis cystoides*, spostrzegał za życia tylko Hahn; na sekcyi stwierdzono ją zaledwie kilka razy; patogeneza tej choroby dotychczas jest ciemna.

Witold Orłowski.

H. Joy i F. Wright. **Rokowanie w zapaleniu wyrostka robaczkowego na podstawie leukocytozy.** (*Med. News*, — *The Lancet*, 26 kwietnia, 1902). Systematyczne badanie krwi przyniosło nadzwyczaj pożyteczne wyniki w rokowaniu, a zwłaszcza w rozpoznawaniu różnych chorób (dur brzuszny, zimnica, sprawy ropne i t. d.). W ostatnich czasach pojawiły się prace o zachowaniu się krwi w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Joy i Wright na podstawie licznych badań nadają wielkie znaczenie systematycznemu liczeniu ciałek białych w tej chorobie. Z ich spostrzeżeń wynikają następujące praktyczne wskazówki: Jeżeli objawy kliniczne i wywiady wskazują na zapalenie wyrostka robaczkowego, należy bezzwłocznie oznaczyć liczbę białych ciałek we krwi. Jeśli liczba leukocytów jest znaczna, naprzykład około 16.000 w 1 mm.^{3}, a inne objawy chorobowe same przez się są ciężkie, wskazana jest niezwłoczna operacya: przypadek przedstawia się o tyle poważnie, że zwlekając z operacyą, łatwo można stracić chwilę, dającą pewne prawdopodobieństwo powodzenia. Kiedy liczba leukocytów waha się między 13.000 a 16.000 i obraz kliniczny jest umiarkowanie ciężki, operacya jest zapewne pożądana, lecz wolno pewien czas czekać, zwłaszcza jeżeli są inne jakie okoliczności, przemawiające przeciw zabiegom operacyjnym. Należy zliczyć powtórnie ciałka białe po 4—8 godzinach i jeżeli leukocytoza zwiększyła się dajmy na to na 1000 lub więcej w 1 mm.^{3}, należy uznać wzmagające się niebezpieczeństwo i niezwłocznie przystąpić do operacyi.

Jeśli pierwsze obliczenie wykaże mniej niż 16.000 ciałek białych w 1 mm.^{3} (przypuszcza się, że chory pozostaje pod opieką lekarską od samego początku choroby), a następne badania nie wykazują wzrastania leukocytozy, przypadek jest lekki, a rokowanie i bez operacyi jest dobre. Przytoczone wnioski, gdyby nawet nie miały znaczenia bezwzględnego, mogą jednak być w wątpliwych razach bardzo pożytecznymi, gdy na mocy obrazu klinicznego trudno zdecydować się, czy należy przystąpić do operacyi, czy też wyczekiwać. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

J. Nicolaysen. **Doświadczalne zapalenie wyrostka robaczkowego.** (*Nordiskt Med. Arkiv* — *Journal of Amer. Med. Ass.*, 19 kwietnia, 1902 r.). Autor badał stosunek między zapaleniem kiszek, a zapaleniem wyrostka robaczkowego, wywołując te sprawy u zwierząt przez zakażanie ich bakteryami. Stwierdził on, że zmiany zaszłe są podobne do tych, jakie bywają u człowieka w przewlekłem zapaleniu wyrostka robaczkowego. Zwierzęta, karmione bakteryami, znajdowanemi u człowieka w zapaleniu wyrostka robaczkowego, miały owrzodzenia i inne głębokie zmiany w wyrostku robaczkowym; natomiast przewód pokarmowy zdawał się być niezajętym, jeżeli nie brać pod uwagę obrzęku kępek Peyera. Zmiany w wyrostku były tem silniej uwydatnione, im zwierzęta dłużej żyły po zakażeniu ich lasecznikiem okrężnicy, podanym w pokarmach. Najgłębsze zmiany spostrzegano od 9-go do 15-go dnia po zakażeniu. Najczęściej otrzymywano owrzodzenie z przebiciem wyrostka. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Dr. Sołowij. **Przyczynek do znajomości anatomii patologicznej łożyska.** (*Monatsschrift für Geb. und Gyn.* tom 16, zeszyt 4, 1902). Na tle swoich spostrzeżeń guzów łożyskowych poddaje autor krytyce wszystkie opisane dotychczas przypadki tak zwanych nowotworów łożyskowych i dochodzi do następujących twierdzeń: 1) w zapaleniu włóknikowem łożyska (placentitis fibrosa) najwyraźniej wpadają w oko zmiany ścian naczyniowych (endo-peri-i mesovasculitis), jakoteż tworzenie się tkanki łącznej i nowych naczyń. 2) Histogenetycznie przedstawia „placentitis fibrosa" tęsamą sprawę, jaką znajdujemy w t. zw. zawale, w bujaniu i przeroście tkanki podstawowej kosmków i w tak zwanych dobrotliwych guzach łożyskowych. 3) Wszystkie dotychczas opisane dobrotliwe guzy łożyskowe nie należy uważać jako właściwe nowotwory; są one bowiem najprawdopodobniej przyrody zapalnej i odpowiadają mniej-więcej obrazowi „placentitis fibrosa". 4) Przyczyną najczęstszych zmian łożyskowych zdaje się być przymiot. *Dr. E. Ehrenpreis.*

A. Barker. **Wlewanie podskórne wycieńczonym chorym węglowodanów, jako przygotowanie do zabiegów chirurgicznych.** (*Brit. Med. Jorn.* — *Phil. Med. Journ.*, 19 kwietnia, 1902 r.). Autor jest zwolennikiem zaleconego przez Lennandera sposobu przygotowywania chorych wycieńczonych do poważnych operacyj przez wlewanie im pod skórę glukozy. Stosuje on 5% roztwór glukozy w normalnym solnym roztworze; litr takiego płynu można wprowadzić w ciągu doby. Wlewaniu nie towarzyszy ból, niema też ono ujemnego działania na gojenie się rany i nie wpływa na występowanie cukru w moczu. Roztwór ten jest izotoniczny z krwią i nie wywołuje żadnego odczynu ze strony ustroju.

Dr. St. Rudzki (Lublin).

W. Osler. **W sprawie amebowego ropnia wątroby.** (*Med. News* — *Phil. Med. Journ.*, 19 kwietnia, 1902 r.). Autor podaje w wątpliwość utarty pogląd, jakoby ropniowi wątroby towarzyszyła zawsze leukocytoza: w niektórych przypadkach, przezeń spostrzeganych, nie stwierdzono powiększenia liczby ciałek białych we krwi. Również nie zawsze zdarzają się w omawianem cierpieniu owrzodzenia jelit: czerwonka mogła być na kilka miesięcy przedtem i owrzodzenia mogły zupełnie zagoić się, gdy zaczął rozwijać się ropień w wątrobie. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dr. Rudolph: **Leczenie gruźlicy płuc zapomocą przetworów wapniowych przy równoczesnem wstrzykiwaniu tuberkuliny.** (*Sémaine medicale* 1902 Nr. 50). Jak wiadomo, proces leczniczy gruźlicy przewlekłej polega na wytwarzaniu się tkanki włóknistej naokoło ogniska gruźliczego, lub też na otorbieniu gruzełka złogami soli wapniowych. Wstrzykiwania tuberkuliny, powodując każdorazowe miejscowe przekrwienie naokoło ognisk chorobowych, mają na celu ułatwić ustrojowi wytwarzanie tkanki włóknistej. Natomiast leczenie dzisiejsze gruźlicy nie stara się o stworzenie warunków, w których sole wapniowe łatwiej i obficiej mogłyby się wytwarzać, jakkolwiek już dawno przetwory wapniowe uważano — bez znajomości przyczyny — za czynnik bardzo skuteczny w leczeniu gruźlicy.

Leczenie to wznawia dr. Rudolph z Magdeburga. Równocześnie z wstrzykiwaniami tuberkuliny stosuje on chorym co wieczór lewatywę ze 150—200 gramów wody wapiennej, rozcieńczonej w połowie zwykłą ciepłą wodą. Chory przyzwyczaja się bardzo łatwo do zatrzymywania płynu przez dłuższy czas w kiszkach. Równocześnie biorą chorzy trzy razy dziennie po pół łyżeczki mięszaniny, zawierającej węglan i fosforan wapniowy w równych częściach. To leczenie „wapniowe" nie wywołuje nigdy u chorych zaburzeń, ani ubocznych skutków.

Dr. Rudolph wypróbował ten sposób u 5 chorych z daleko posuniętą gruźlicą płuc, stwierdzoną bakteryologicznie. U jednego z tych chorych wszelkie objawy chorobowe ustąpiły zupełnie; u 4 innych otrzymano polepszenie o wiele znaczniejsze, niż się da uzyskać zapomocą zwykłych sposobów leczenia. *Dr. T. Żeleński.*

VI. Ginekologia Galena.

Studyum ginekologiczno-historyczne.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

IV.

Fizyologia i patologia ciąży, porodu i połogu. Dyetetyka noworodka.

(Ciąg dalszy).

Kobieta w ciąży, nie szanująca się i narażająca się na choroby, stwarza sztucznie lub też nieświadomie warunki dla

przerwania ciąży i sprowadza poronienie lub poród w jednym z ostatnich trzech miesięcy, lecz zawsze przed końcem prawidłowego okresu. Już z formuły przysięgi starożytnych greckich lekarzy, podanej nam przez Hipokratesa, możemy wnosić, że dawniej równie często jak dzisiaj nagabywano lekarzy z prośbami o spędzenie płodu, lub o środki zapobiegające zastąpieniu. Hipokrates znał cały szereg takich środków, które się używały już to w formie leków, napojów, potraw, lub też pod jakąkolwiek inną postacią. *(Hippocrat. de mulier. morb. lib. I.)*. Natomiast Soranus odsłania nam w dziewiętnastym rozdziale pierwszej księgi swojego katechizmu całą ohydę ówczesnych stosunków rzymskich, przyznając całkiem otwarcie, jak często kobiety się udawały do lekarzy po środki dla spędzenia płodu. On rozróżnia pod tym względem trojakie środki, mianowicie „ἀτόκια" środki zapobiegające zastąpieniu, „φθόρια" środki lecznicze, sprowadzające śmierć płodu i co za tem idzie poronienie i „ἐκβόλια" środki mechaniczne, wywołujące oderwanie się jaja płodowego i jego wypadnięcie z macicy. Ze wszystkich trzech rodzajów wymienia ich cały szereg Galen, a pomimo, że nie wykonywał na większą skalę praktyki ginekologicznej, był przecież i w tę jej część dosyć dokładnie wtajemniczony. Rozróżnia on wogóle trojakiego rodzaju przyczyny poronień, z których jedne zależą od matki, drugie znajdują się w samym płodzie, a inne znowu, niezawisłe od matki i od płodu, bo sztucznie sprowadzone naszymi zabiegami leczniczymi lub mechanicznymi. Matka może sama świadomie lub nieświadomie spowodować poronienie, nie zachowując się podlug powyżej podanych przepisów, a więc wykonywując nadmierne ruchy, spożywając za wiele lub za mało pokarmów, poddając się wzruszeniom umysłowym, śpiewając zanadto głośno i t. d. Prócz tych mogą jeszcze w związku z matką zachodzić przyczyny poronień zupełnie przypadkowe, za które ona wcale nie odpowiada. Do tych należą w pierwszym rzędzie choroby, przedewszystkiem zaś te, którym towarzyszy gorączka, choroby macicy lub narządów z nią sąsiadujących, a więc pęcherza, nerek, jelit, miesiączka pomimo ciąży i wszelkie krwawienia pochodzące z części rodnych, nagromadzanie się śluzu w miejscach, gdzie się naczynia błon schodzą z naczyniami macicy, zanik pokarmu w sutkach, brak wypróżnień, lub rozwolnienie, — wreszcie zbyt wątła budowa matki. Dziecko, znajdujące się w łonie matki, może samo sprowadzić poronienie przez zbyt silne ruchy, przez zanadto silny swój rozrost i przez swoją śmierć. Ze środków leczniczych zaś należą tu w pierwszym rzędzie środki czyszczące, leki, które dzisiaj znamy pod nazwą poronnych, upusty krwi itd.

Niektóre z wymienionych przyczyn potrzebują wyjaśnienia. I tak, mówiąc o zbyt silnych ruchach matki, ma Galen na myśli przestrogę, udzieloną nam przez Hipokratesa, który, chcąc u pewnej śpiewaczki wzniecić poronienie, kazał jej skakać. Zabieg nie zawiódł *(Hippocr. de natura pueri.)* i zwrócił swoją precyzyą tak powszechną na siebie uwagę, że Soranus nawet uważał sobie za obowiązek nań wskazać. *(Soranus lib. I. cap. XIX. 60)*.

Ostre choroby matki, o ile dotyczą także części rodnych, jak n. p. róża macicy, — jeżeli nie sprowadzają pierwej śmierci matki, — stają się powodem poronień lub porodów przedwczesnych przez to, że zabijają naprzód płód, a ten, jako nieżywy, powoduje wypróżnienie macicy. *(in aphor. Hippocr. com quint. 43)*.

Wszelkie krwawienia w ciąży, czy to z części rodnych, czy też sztucznie upustami krwi wywołane, wpływają przez odciąganie pokarmu na osłabienie płodu, a w dalszem następstwie są w stanie sprowadzić poród przedwczesny *(in aph. Hippocr. com quint. 31, 60* i *in VI. lib. de vulg. morbis com. VII. 28)*. Niebezpieczeństwo to rośnie w prostym stosunku do czasu trwania ciąży, gdyż w późniejszych miesiącach ciąży płód więcej potrzebuje pokarmu, aniżeli w początkowych, a krwawienia tego tak się obawiali starożytni lekarze, że prawie żaden nie zapomniał zwrócić na nie uwagi. Należą tu przedewszystkiem, jak widzieliśmy, Hipokrates, szkoła aleksandryjska, Celsus, który wogóle pierwszy miał odwagę wystąpić przeciw nadużywaniu upustów krwi dla celów leczniczych *(lib. II. cap. X.)*, Soranus *(lib. I. cap. IX. 65)* z pewnemi wprawdzie zastrzeżeniami, a jak dziś widzimy i Galen.

Zanik pokarmu wprowadzają prawie wszyscy nasi starożytni poprzednicy w związek z poronieniem. Tak czynił między innymi Hipokrates *(„mulieri utero gerenti, si mammae derepente gracilescant, abortionis periculum est." aphorism. sectio quinta. K. III.)*, wedle którego nawet przy ciąży bliźniczej zanik pokarmu w jednym lub w obydwóch sutkach zapowiadał śmierć jednego, a względnie obydwóch płodów. To samo powtarzają Celsus *(lib. II. cap. VII.)* i Soranus. Ten ostatni jednakowoż, nie spostrzegając tego objawu pomimo swego bystrego zmysłu obserwacyjnego, nie podaje go z własnego doświadczenia, lecz powołuje się jedynie w swojem nieograniczonem zaufaniu do Hipokratesa na jego świadectwo. *(Soranus lib. I. cap. XVIII.)*. Galen uważa objaw ten za jeden z najczęstszych, zapowiadających niezawodnie grożące niebezpieczeństwo, gdyż wielokrotnie przy każdej sposobności zwraca nań naszą uwagę, zapewniając ostatecznie, że on go często sam spostrzegał. *„et mihi saepius observanti visae sunt in supradictis occasionibus ante corruptionem mammae fuisse extenuatae". (in aphorism. Hippocr. com. quint. 53)*.

Co się tyczy związku panującego między tymi dwoma objawami, to zauważyć musimy, że żaden z nich nie jest ani przyczyną, ani następstwem, lecz obydwa są zupełnie równorzędne, a występują z powodu komunikacyi pomiędzy naczyniami macicy i sutków. Tak przynajmniej wnosić należy z komentarza Galena do wyżej przytoczonego aforyzmu Hipokratesa, wedle którego przy braku krwi w naczyniach macicy, jako pokarmu dla płodu, występuje także niedokrwistość naczyń sutkowych, a w następstwie tego brak krwi, mającej się zamienić w mleko.

Rozwolnienie dowodzi choroby jelit. Ta zaś z łatwością udziela się z powodu blizkiego sąsiedztwa częściom rodnym, które w następstwie tego jako chore nie zatrzymują płodu i nastaje poronienie.

Mimo tych różnych przyczyn, które Galen starał się w przypadkach poronień wykazać, zdarzały mu się i takie, dla których nie mógł znaleźć żadnej przyczyny. W tych nieprzyjemnych w praktyce przypadkach, dla których musiał chociażby dla siebie samego pozorną, a i dla pacyentki niezrozumiałą znaleźć taką przyczynę, którąby nosiła na sobie wszelkie pozory uczoności, uciekał się do spekulacyi, co mu tym razem ułatwił Hipokrates. Ten bowiem wypowiedział teoryę dla tych, źle bez widocznych powodów kończących się dla płodów przypadków, według której wypełnienie się śluzem naczyń macicznych w miejscu ich zrastania się z naczyniami błon, nie pozwalając na zrost tych naczyń między sobą, powoduje poronienie. *„si uteri acetabula pituita oppleta fuerint, menses pauciores contingunt, et si uterum gestet, ubi foetus robustior evaserit, eum corrumpit"*. — *(Hippocr. de mulier. morb. lib. I.* i *aphor. sectio quinta str. 745)*. Galen solidaryzuje się z nim na tym punkcie; co jednakowoż Hipokrates uważa za pewne, to Galen przyjmuje tylko za prawdopodobne, powiadając *„est enim verisimile in his (sine manifesta occasione) esse plena mucore ora vasorum venientium ad uterum, ex quibus secundae pendent: quae ora acetabula nominavit non ad natas ipsis carnes glandulosas (in aph. Hippocr. com. quint. 45)*.

Ruchy płodowe mogą dla matki o tyle mieć szkodliwe następstwa, o ile one są zbyt silne, gdyż wtedy mogą sprowadzić pęknięcie błon otaczających płód, odpłynięcie wód i co potem jest nieuniknione, poronienie. — Zbyt silny rozrost płodu należy w ten sposób jako przyczynę poronienia rozumieć, że płód, potrzebując więcej, aniżeli wśród zwykłych warunków pokarmu, szuka go w łonie matki, a gdy go tam nie znajduje, przebija pęcherz, by się wydostać na

zewnątrz. *(in aph. Hippocr. com. quint. 37)*. — Ze środków leczniczych należą tu, prócz wymienionych upustów krwi, przetwory czyszczące i poronne, jak np. odpowiednio przyrządzone fasole z octem i aloesem, liście cyprysowe i wiele innych, z których niektóre, jak n. p. klejożywica panakowa *(opoponax)*, suszone figi ze sodą, bylica *(artemisia) (de remed. parabil. lib. II. cap. XXVI.)* znajdują się i u Soranusa *(lib. 1. cap. XIX.)*. Czy Galen znał i środki mechaniczne, działające w tym samym celu wprost na błony płodowe, trudno stanowczo powiedzieć. Prawdopodobieństwo jednak przemawia za tem, gdyż mówiąc o lekach poronnych, wspomina o środkach sprowadzających pęknięcie „niektórych błon". Trudno przypuścić, żeby miał na myśli przetwory lecznicze, działające jedynie na niektóre błony. Najprawdopodobniej ma więc na myśli nasze zabiegi, którymi błony płodowe przebijamy. *(de nat. facultat. lib. III. cap. XII.)*. Jeszcze bardziej usprawiedliwia to nasze przypuszczenie inne miejsce tego samego rozdziału, gdzie Galen. wprost mówi o przebiciu błon, mającem na celu sprowadzenie poronienia. *„porro praedictorum utrumaliquando non naturae sponte, sed violenter incidit, quo casu abortus provocatur"*.

Prócz powyżej wymienionych warunków, które mogą przerwać ciążę, istnieją jeszcze, — jakkolwiek nie tak groźne, — inne, których według Galena przecież nie można uważać za prawidłowe. Tu należą te przypadłości, które dzisiaj znamy pod nazwą niepewnych oznak ciąży, a mianowicie bóle głowy, obrzęki kończyn, brak łaknienia, zaparcie stolca i ostatecznie przypadłości, objęte nazwą *„pica". (in VI. lib. Hippocr. de vulg. morb. com. octav.)*. Co starożytni pod tą nazwą rozumieli, o tem poucza nas Galen *(de symptomatum causis lib. I. cap. VII. K. VIII.)*, a jeszcze dokładniej Soranus poświęcający jej cały rozdział. *(Soranus lib. 1. cap. XV.)*. Wedle Galena polega ona na chuciach, objawiających się w zamiłowaniu do rzeczy ostrych, kwaśnych, ziemi cymolijskiej, gliny i co najprzykrzejsze na wymiotach. Stan ten trwa tylko do końca drugiego lub trzeciego miesiąca, gdyż w tych miesiącach przychodzi do nagromadzenia się nadmiaru treści z tego powodu, że zarodek mało jeszcze zużywa dla siebie krwi. *(de symptom. caus. l. c.)*. Soranus, który podaje zarazem sposób leczenia tego cierpienia, powiada, że zazwyczaj rozpoczyna się ono czterdziestego dnia ciąży i że odtąd trwa najdłużej cztery miesiące. Może więc wedle niego trwać aż do połowy szóstego miesiąca ciąży.

Jeżeli nie narażamy matki na te szkodliwe wpływy, lub gdy ona wychodzi z walki z nimi zwycięzko, natenczas ciąża trwa dalej. Już sama natura, która u Galena nic bez pewnego celu nie czyni, starała się wobec tylu jej grożących niebezpieczeństw przyjść matce w pomoc i zaopatrzyła macicę w specyficzną siłę, która jej pozwala płód zatrzymać aż do kresu ciąży. Galen nazywa tę siłę *retentrix facultas* i stawia ją na równi z tą, jakiej potrzebuje żołądek, by zatrzymał i dostatecznie przerobił przyjęty pokarm. Z chwilą dostania się nasienia do jamy macicy i jego przyczepienia się do jej ścian rozpoczyna się działanie tej siły i ona to powoduje tak szczelne zamknięcie się ujścia macicznego. Przez cały czas jej działania nie objawia się działanie drugiej siły macicy, na razie utajonej, a mającej na celu wypędzenie zawartości jamy macicy. *(„facultas expultrix)"*. Z chwilą gdy rozmaite szkodliwe wpływy przezwyciężają pierwszą, rozpoczyna się działanie *facultatis expultricis. (de naturalibus facultatibus lib. III. cap. II.* i *III.)*. Siłę tę można pobudzić do działania w którymkolwiek miesiącu ciąży. Zależnie od tego jednakowoż, czy ona działa w pierwszych sześciu miesiącach ciąży, czy też w jednym z ostatnich trzech, mamy do czynienia z poronieniem, a względnie z porodem, przebiegającym z mniej lub więcej dobrym skutkiem dla dziecka. Dziecko bowiem, które przyszło na świat w siódmym lub dziewiątym miesiącu ciąży, było zdolne do życia, podczas gdy dziecko z ósmego miesiąca nigdy nie żyło. Z tymi noworodkami załatwiali się wogóle starożytni lekarze szybko, uważając je już naprzód za stracone. Hipokrates *(de octimestri partu. K. I.)* nie przypisuje im wprost zdolności do życia *„. .... eorum qui octavo mense eduntur, nullus est superstes."* Celsus nie wspomina o płodach ośmio-miesięcznych, lecz zastanawia się jedynie nad zwiotczeniem sutków ciężarnych w siódmym i ósmym miesiącu ciąży i nad następstwami, jakie z tego powodu płodom zagrażają. *(Celsus lib. II. cap. VII.)*. Podobnie nie zastanawia się i Soranus bliżej nad płodami ośmio-miesięcznymi. Zdaje się, ze nie musiał osobiście dużo spostrzegać złych następstw tych porodów. Z ostrożności jednakowoż, jakie zaleca ciężarnym w ósmym miesiącu ciąży, jak i z okoliczności, że uważa jedynie porody w siódmym i dziewiątym miesiącu ciąży za prawidłowe *(Soranus lib. I. cap. XX. 60)*, możemy wnosić, że się obawiał porodu ośmio miesięcznego. Jeszcze bardziej może nas utwierdzić w tej mierze to, co Moschion o tym przedmiocie powiada. Wedle niego ósmy miesiąc ciąży jest dla matki najcięższym, a porodowi w tym miesiącu należy wszelkimi możliwymi środkami zapobiedz. *„maxime quidem decimo et nono, secundo ordine septimo, unde difficile est aliquos evadere qui octavo mense nascuntur". (Moschion lib. 1. 78* [1]*)*. Jeżeli Moschion był tego zapatrywania, możemy na pewno twierdzić, że je i Soranus podzielał. Galen stał pod tym względem całkiem na stanowisku Hipokratesa, uważając noworodki, urodzone w ósmym miesiącu ciąży za stracone. *„de octavo enim certum est non edi in ipso vitales partus". (in VI. lib. Hippocr. de vulg. morbis com septim. 27)*.

Dużo dawały do myślenia płody siedmiomiesięczne naszym starożytnym poprzednikom. Wszyscy zgodnie uważali je za zdolne do życia. Żeby się one jednakowoż mogły utrzymać przy życiu, żądano jednego bardzo ważnego warunku, a mianowicie, ażeby nie przyszły na świat przed upływem $185^1/_2$ dni, jak również żeby ciąża nie trwała dłużej nad 204 dni, gdyż wtedy mielibyśmy do czynienia z płodem ośmiomiesięcznym, a ten żyć nie może. Miesiąc ciąży liczy u Galena $29^1/_2$ dni. Zdaje się, że on doszedł do tej liczby jedynie na podstawie własnego spostrzegania. Ażeby jednakowoż płodowi, który przyszedł na świat po upływie $185^1/_2$ dni i utrzymał się przy życiu, można wyliczyć siedem miesięcy przebytych w łonie matki podaje Galen następujące obliczenie. Płód siedmiomiesięczny znajduje się w łonie matki 5 całych miesięcy, a zatem $5 \times 29^1/_2 = 147^1/_2$. Do tej liczby należy doliczyć 23 dni z pierwszego miesiąca, a co najmniej 15 dni z siódmego. Formuła jego więc dla płodów siedmiomiesięcznych będzie następującą: $23 + (5 \times 29^1/_2) + 15 = 185^1/_2$. Jak widzimy, jest ona dosyć samowolnie obliczona. Przytem opowiada Galen sam, że widział dziecko, które przyszło na świat w 184-tym dniu ciąży, a utrzymało się przy życiu *(de septimestri partu)*. Najniższa ta granica, jest cokolwiek wyższą, aniżeli ta którą podaje Hipokrates. On żąda, by płód siedmiomiesięczny miał pół roku, a więc $182^1/_2$ dni. *„septimestres nascuntur diebus centum et octoginta duobus et insuper addita quadam diei particula". (Hippocr. de septimestri partu. K. I.)*. Zdaje się jednakowoż, że spostrzeżenia Hipokratesa nie przyniosły w tym kierunku żadnego stanowczego wyniku, gdyż w innem miejscu *(de carnibus K. 1.)*. oblicza czas trwania ciąży siedmiomiesięcznej na 210 dni. Celsus, Soranus i Moschion nie obliczają czasu trwania ciąży siedmiomiesięcznej na dni, ale wszyscy się zgadzają z Hipokratesem i Galenem na punkcie zdolności żywotnej płodów siedmiomiesięcznych. Wszyscy tu wymienieni autorowie wolą jednakowoż ciążę dziewięciomiesięczną, nie obawiając się raczej dłuższego jej trwania, t. j. ciąży dziesięciomiesięcznej, lub nawet jedenastomiesięcznej.

Pod koniec ciąży wstępowała w swoje prawa położna. Za czasów Galena, nie było bowiem, — jak to wyżej wspo-

---

[1]) Gynaecia Muscionis ex graecis Sorani in latinum translata sermonem. Ed Rose.

mnieliśmy — inaczej, aniżeli za czasów Hipokratesa, Celsusa lub Soranusa. Akuszerka badała, czyniła rozpoznanie co do prawidłowości porodu, rozstrzygała o potrzebie zawezwania lekarza. Co się tyczyło osoby Galena, to nie zdarzało się to prawdopodobnie zbyt często, gdyż on praktyki położniczej nie wykonywał, co się działo z wielkiem dla położnictwa uszczerbkiem, bo kto wie jakby wysoko ginekologia u Galena stała, gdyby się on nie opierał na tem, co mu położne opowiadały, a gdyby natomiast sam był zmuszony badać, lub też gdyby polegał na orzeczeniach lekarskich. Najprawdopodobniej wzywano za czasów Galena, dopiero wtedy lekarza, gdy się niebezpieczeństwo już stawało groźnem, jakkolwiek u niego nie znajdujemy w tym kierunku żadnych pewnych wskazówek. O czasach Hipokratesa, szkoły aleksandryjskiej, Celsusa, Soranusa i Moschiona możemy na pewno tak twierdzić, gdyż mamy niezbite na to dowody. Galen, nie zajmujący się w swoich pismach bliżej porodem, a tem mniej operacyami położniczemi, nie zostawił nam o porodzie nieprawidłowym prawie żadnych wskazówek. Opierając się jednakowoż na Soranusie i Moschionie, którzy przecież nie o wiele wcześniej aniżeli Galen żyli, możemy twierdzić, że i w drugim wieku naszej ery nie było pod tym względem inaczej. Uprawnia nas zaś do tego przypuszczenia i ta jeszcze okoliczność, że przecież długi czas po Galenie stosunki nie były inne. Często natomiast spotykamy u Galena dowody o czynności akuszerek przy porodach prawidłowych. Mają one przedewszystkiem rodzącą zbadać, przypominać jej by parła, a gdy po temu nadejdzie pora, t. j. gdy ujście będzie dostatecznie rozwarte, usadowić ją na krześle porodowem. *(de natural. facultat. lib. III. cap. III.)*. Porucza jej więc podobnie jak i Soranus bardzo ważne zadania. Nie poucza nas jednakowoż Galen jaką ma być sama położna i jak powinna badać. Pod tym względem musimy się informować u Soranusa. Galen wspomina tylko zlekka o badaniu palcem przez pochwę, lecz o ile się zdaje dopiero wtedy, gdy wody odeszły i gdy kobieta już sobie parciem zaczęła dopomagać. Podczas gdy jednak Soranus *(lib I. cap. XXI.)* nakazuje badać palcem wskazującym, co nas u niego bynajmniej nie dziwi, jako u ginekologicznego praktyka, to Galen oświadcza się za badaniem małym palcem „μικρὸς δάκτυλος“ *(de nat. facultat. lib. III. cap. III.)*, co znowu wytłómaczyć można brakiem praktyki ginekologicznej, lub też szczególniejszą chęcią szanowania części rodnych kobiecych. Tym jednym szczegółem zadowalnia się Galen, gdy przeciwnie Soranus poświęca cały rozdział *(lib. I. cap. II.)*, tej naówczas bardzo ważnej sprawie, żądając pomiędzy innymi od akuszerek i wykształcenia zmysłów, oka i ucha. Czy to ostatnie było potrzebne do wysłuchiwania tętna płodowego, trudno teraz orzec. Faktem jest, że wielu późniejszych lekarzy nie wspomina więcej o tym ważnym środku badania.

Wracając po tej małej wycieczce do ciężarnej, musimy zauważyć, że według Galena rozstrzyga o końcu ciąży i o początku porodu, wśród prawidłowych zresztą warunków, ta okoliczność, czy płód jest już zdolny do życia zamacicznego, a w pierwszym rzędzie do przyjmowania pokarmów drogą jamy ustnej. *„partus autem fit, cum foetus ita iam est perfectus, ut per os nutriri possit“. (de usu p. corp. hum. lib. XV. cap. VII.)*. Prócz tej wskazówki zgadza się Galen jeszcze na jedną przez Hipokratesa *(de natura pueri.)* podaną, t. j. że o początku porodu rozstrzyga brak dostatecznej ilości pokarmu w łonie matki dla płodu już rozwiniętego. *(in aphor. Hippocr. com. quint. 37)*. Gdy się ten czas zbliża, płód spowodowany powyższemi okolicznościami, wykonuje tak gwałtowne ruchy, że otaczające go błony pękają, a wody płodowe się wylewają *(ibid.)*. Po pęknięciu zaś błon rozpoczyna się poród i od tej chwili wielką rolę odgrywają różne czynniki, a przedewszystkiem ciężar płodu, jego ruchy. *(ipsius vero foetus, vehementissimis motibus succedunt partus“. de nat. facultat: lib. III. cap. XII.)*, oraz działanie samych wód płodowych, które się wydostały poza błony. Skutkiem bowiem ciężaru naciskających części następujących płodu, rozszerza część przodująca ujście macicy, i toruje tym sposobem drogę dla reszty płodu. Wspomnieliśmy jednakowoż, że i wody płodowe odgrywają pewną rolę; wydostawszy się poza obręb błon i zwilżywszy powierzchnię macicy, wody wywołują swoją ostrością, — gdyż zawierają mocz, — działanie samej macicy. Działanie tej ostatniej powoduje jeszcze jedna siła, dotychczas utajona, dla której teraz dopiero nadszedł właściwy czas do działania, t. j. siła wypędzająca *„facultas expultrix“*. (ἡ ἀποκριτικὴ δύναμις). Z chwilą ujawnienia się tej siły, staje się siłą utajoną, *„facultas retentrix“* mocą której płód dotychczas w jamie macicy się utrzymywał. Jak widzimy jest poród podług Galena następstwem różnego rodzaju czynników, na które składają się tak sama treść macicy, jak i osoba rodzącej. I tu leży, rzec można, najważniejszy, a może i jedyny postęp i jedyna zasługa nauki Galena o porodzie. Hipokrates przypisuje znaczny udział w akcie porodu płodowi samemu, bacząc tu i owdzie na działanie samej macicy i tłoczni brzusznej. Soranus *(lib. I. cap. XXI* i *lib. II. cap. XVII. 55)* przypisywał również znaczny udział w postępie porodu żywemu płodowi, twierdząc, że nieżywe płody poród utrudniają przez to, że sobie nie dopomagają, jako też nie mniej i przez to, że brzękną. On wiedział także, jaką rolę odgrywać może tłocznia brzuszna, twierdząc, że przez jej użycie kobiety znacznie sobie dopomagają, ale z działania samego mięśnia macicznego, zdaje się, nie zdawał sobie dostatecznie sprawy — pomimo, że dostrzegł obniżanie się dna macicy w czasie bólów — skoro zaleca łagodzenie bólów porodowych i każe pociągać płód w czasie pauzy pomiędzy bólami. Na ten ważny czynnik porodowy przypadło Galenowi zwrócić uwagę. Podług niego zbliża się podczas bólów dno macicy do ujścia, wypierając płód. W tej czynności macicy pomocne są jej części dodatkowe *(de nat. facultat. lib. III. cap. III.)*. Lecz działanie, jakie Galen przypisywał tej nowej sile jest dosyć ograniczone, gdyż istnieje ona tylko aż do zupełnego rozwarcia ujścia, a gdy to już nastąpiło, natenczas siła ta nie jest już więcej potrzebną, gdyż reszty mogą dokonać mięśnie brzuszne, działające podobnie jak przy oddawaniu stolca lub moczu. *„est porro id opus, quod a se ipsis praestant parientes, non uteri sed musculorum, qui sunt in abdomine, qui scilicet tum ad deiectionem, tum ad reddendam urinam nobis sunt auxilio“. (ibid.)*. Następstwem działania siły wypędzającej nie jest jednakowoż tylko obniżanie się macicy podczas bólów, ale także i zmiana napięcia. Warstwy macicy w stanie fizyologicznym i w czasie ciąży są napięte; kurcząc się, przyczyniają się również do wyparcia płodu. Tak więc dostrzegł Galen zmniejszanie się objętości i pojemności macicy w czasie bólów. *„tunicae vero antea plurimum extensae undique contrahuntur ac foetum extrudunt. utquam celerrime per uteri cervicem excidat“. (de symptomatum causis lib. II. cap. III.)*. Macica, pobudzona do współdziałania, wywiera na płód ucisk i przyczynia się tym sposobem do rozszerzenia ujścia, co znowu znacznie ułatwiają wody płodowe ze swojej strony przez zwilżanie i rozmiękczanie ujścia macicznego *(de usu p. corp. hum. lib. XV. cap. V.)*.

Z chwilą zupełnego rozwarcia ujścia rozpoczyna się dla rodzącej nowy okres i wtedy to usadawia się ją na krześle („δίφρος“). Co Galen przez to ostatnie rozumiał, czy podobnie jak Soranus krzesło porodowe „δίφρος μαιωτικός“, czy też zwykłe siedzenie szersze, obliczone na dwie osoby, to możemy rozstrzygnąć jedynie na podstawie domysłów. Soranus tak często wspomina o krześle porodowem „δίφρος μαιωτικός“ i tak je dokładnie opisuje *(lib. I. cap. XXI)*, że ilekroć, mówiąc o porodzie, wspomina o samem kreśle „δίφρος“, nie pozostawia żadnej wątpliwości, co pod tem rozumie. Celsus nie pozostawił w tym kierunku nic pewnego. Prawdopodobieństwo jednak przemawia za tem, że przy lekkich porodach używał on krzesła porodowego, podczas gdy przy zabiegach operacyjnych radził rodzącą ułożyć na łóżku

poprzecznem *(Celsus. medicina lib. VII, cap. XXIX)*. Położnice Hipokratesa rodziły zazwyczaj na łóżku, a na krześle tylko wtedy, gdy się miały źle. Skoro zaś Hipokrates w tym tylko razie polecił poród na krześle, natenczas należy przypuszczać, że owe krzesła musiały być specyalnie ku temu przeznaczone i stosownie przygotowane. U Galena znowu, gdy on mówi jedynie o krześle wogóle *(de nat. facultat. lib. III. cap. III)*, a nie o krześle porodowem, — możliwe są dwa przypuszczenia. Albo ma na myśli siedzenia szerokie dla dwóch osób, przypominające siedzenia na rydwanie, albo też w owych czasach, które przecież od Soranusa nie były zbyt odległe, rozumiało się już samo przez się, że krzesło, którego używano przy porodach, nie mogło być innem, jak tylko krzesłem porodowem. To ostatnie przypuszczenie wyda się nam tem prawdopodobniejszem, jeżeli zważymy, że Galen polecał w ślad za swoimi poprzednikami wykadzanie części rodnych w przebiegu ciężkiego porodu *(de remed. parabilib. lib. II. cap. XXVI, 8)*. Do wykadzania zaś takiego mogły się najbardziej nadawać krzesła z przodu wycięte, a takiemi były właśnie krzesła porodowe. W rzadkich tylko przypadkach nakazywał Galen poród w pozycyi leżącej na wznak, lub siedząc na stopniach „κουρικὸν βάθρον“ *(ibid. lib. IIJ. cap. XXVI, 21)*.

Kobieta, siedząca na krześle porodowem, powinna sobie należycie dopomagać parciem, a wtedy nastąpi już z łatwością poród, jeżeli tylko są po temu warunki. Warunków zaś wymaga Galen wielu, jak to wynika z tego, co dotychczas powiedzieliśmy. I tak wpływa na prawidłowy przebieg porodu więź matki, obecność dostatecznej ilości wód płodowych, bóle porodowe, współdziałanie tłoczni brzusznej, żywy płód i rozmiary jego, nie przekraczające pewnej granicy. Do tego przybywa jeszcze teraz położenie płodu, brak ciąży bliźniaczej, a ze strony matki odpowiedni temperament.

Galen zdaje sobie dokładnie sprawę z doniosłości położenia płodu i ze znaczenia jego dla matki jak i dla płodu samego. Wspominając zaś o nich tylko okolicznościowo *(de usu p. corp. hum. lib. XV. cap. VII)* nie zajmuje się niemi bliżej, pozostawiając wiele jedynie naszemu domysłowi. Z tego, co o tym przedmiocie powiedział Galen, wynika, że uważa za prawidłowe jedynie położenie podłużne. Myliłby się jednakowoż, ktoby przypuszczał, że on tu zalicza położenie pośladkowe, kolankowe lub nóżkowe, tak jak to już znacznie wcześniej uczynił Celsus *(lib. VII cap. XXIX)*. Galen zalicza do prawidłowych położeń jedynie czaszkowe, wszystkie zaś inne bez względu na to, czy one są podłużne, czy też nie, do nieprawidłowych. Prawidłowemi zaś są te położenia dlatego, że nie przedstawiają żadnego niebezpieczeństwa ani dla matki, ani dla płodu. Owszem główka przodująca ułatwia znacznie poród, przygotowując często narządy rodne dla przejścia części następujących. Pod tym względem zgadza się Galen zupełnie z Hipokratesem i z Soranusem, jakkolwiek podział położeń *(lib. II cap. XVIII)* Soranusa stoi bez porównania wyżej od podziału Galenowego. Wszystkie inne położenia, jakie Galen zna, t. j. ukośne i poprzeczne, jakoteż wypadnięcia rączek lub nóżek, są nieprawidłowe, gdyż łączą się z pewnem niebezpieczeństwem.

Co Galen rozumiał przez położenie poprzeczne lub ukośne, to jest jasne. Trudno natomiast stanowczo orzec, jakie położenie miał na myśli, gdy mówił o wypadnięciu rączek lub nóżek. Mogło bowiem zachodzić położenie poprzeczne lub główkowe z wypadnięciem rączek, tak jak znowu przy wypadnięciu nóżek można myśleć o nóżkowem, pośladkowem, poprzecznem i o porodzie *conduplicato corpore*, jak to Soranus przyjmował, gdzie się równocześnie nóżki i główka wtłaczają. Na podstawie tego, co Galen podaje, położenia płodu z wypadnięciem rączek nie możemy stanowczo rozpoznać. Łatwiej możemy rozstrzygnąć, jakie było położenie, któremu towarzyszyło wypadnięcie nóżek. Poród *conduplicato corpore* możemy już z góry wykluczyć, gdyż ten nie miałby tak stosunkowo nieznacznych następstw dla płodu, o jakich wspomina Galen. Pozostają więc tylko położenia poprzeczne, pośladkowe i nóżkowe, które mniej więcej jednakie przedstawiają niebezpieczeństwo dla płodu. Skoro zaś Galen utrzymuje, że wypadanie nóżek wywołuje zwichnięcie stawów, należy przypuszczać, że ściągał je przy położeniu poprzecznem z wypadnięciem nóżek, zamieniając to położenie na nóżkowe. W każdym razie niechętnie widział poród z nóżkami przodującemi, na co naprowadza ta okoliczność, że go pod względem rokowania stawiał na równi z wypadnięciem rączek.

Na czem polegała terapia obydwóch tych stanów patologicznych, czy na odprowadzeniu wypadniętej rączki lub nóżki przodującej, jak to czynił Soranus, czy na wyczekiwaniu przy położeniu nóżkowem, jak to czynił Celsus, czy wreszcie na odcinaniu wypadniętej rączki przy płodach obumarłych, odprowadzeniu rączek przy płodach żywych, a odprowadzeniu nóżki przy nóżkowem, lub dokonaniu obrotu, gdy płód nie żyje, tak jak to radził Hipokrates, tego Galen nie powiada. Wnosząc z okoliczności jednak, że wedle Galena niebezpieczeństwo dla płodu polega przy położeniu nóżkowem i przy wypadnięciu rączek jedynie na zwichnięciu stawów, można wnosić, że rączek nie odcinał, lecz prawdopodobnie odprowadzał, a położeń nóżkowych nie zmieniał na inne, lecz gdy zachodziła potrzeba dokonywał wyciągnięcia płodu, a potem uwolnienia rączek. Przy tych bowiem zabiegach mogły stawy noworodka ucierpieć. Wobec więc tych dwóch położeń zajmuje Galen, jakkolwiek je niechętnie widzi, stanowisko dosyć postępowe, zbliżone do Soranusa. Ten bowiem również nie odcina wypadniętej rączki żywego płodu, ale ją odprowadza, a położeń nóżkowych nie zmienia na inne. Na punkcie traktowania tych ostatnich położeń żaden wogóle z lekarzy starożytnych nie doścignął Celsusa i on długo jeszcze pozostał niezrównanym Jemu nie sprawia położenie nóżkowe żadnych trudności, *(sed in pedes quoque conversus infans non difficulter extrahitur)*, a przy położeniach poprzecznych dokonuje obrotu na nóżki, jeżeli te znajdują się niżej *(Celsus. lib. VII. cap. XXIX.)*, podczas gdy Soranus ostatecznie daje sobie radę z położeniami nóżkowemi, ale nie chce ich sobie sztucznie stwarzać przy położeniach poprzecznych *(Soranus. lib. II. cap. XVIII i XIX.)*.

O terapii położeń poprzecznych i położeń ukośnych bez wypadnięcia części drobnych, nie informuje nas Galen wcale, gdyż uważa je za tak rzadkie, że się one zaledwie raz na kilka tysięcy porodów zdarzają *(de nat. facultat. lib. III. cap. III.)*, a o położeniu pośladkowem ani słowem nie wspomina. (Ciąg dalszy nast.).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 8. stycznia.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie administracyjne, na którem funkcyonaryusze Towarzystwa złożyli sprawozdanie z całorocznej działalności.

* Na wniosek c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie ministerstwo podzieliło, po ustąpieniu Dr. Łopacińskiego, okręg lekarski na dwa mniejsze okręgi, z których jeden liczy 450 członków, drugi 390, wraz z rodzinami. Posady lekarskie, w ten sposób utworzone, nadało ministerstwo w okręgu II-gim D-rowi Ant. Jabłońskiemu lekarzowi kolejowemu we Lwowie, mianując go równocześnie zastępcą lekarza naczelnego, zaś w okręgu IV-tym D-rowi Edwardowi Schwarzenberg-Czernyemu, lekarzowi kolejowemu w Krakowie. Wynagrodzenie lekarskie w okręgu II-gim ustanowiło ministerstwo w kwocie 2700 koron, w okręgu zaś IV tym 2400 koron. Równocześnie podniosło ministerstwo dotychczasowemu lekarzowi okręgu III-go. D-rowi, Stan. Poźniakowi, wynagrodzenie z 1900 na 2400 koron.

Przy tej sposobności zaznaczyć należy, że, dzięki staraniom c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie, widoczną jest dążność do ciągłego podwyższania wynagrodzenia lekarzom kolejowym za ciężkie ich obowiązki, czego najlepszym dowodem świeży podział pracy i pod-

niesienie płacy w okręgach lekarskich, w których do niedawna, bo do r. 1895, pełniło te obowiązki tylko 2-ch lekarzy kolejowych za wynagrodzeniem łącznem 2140 koron, gdy obecnie 3 lekarzy za te same obowiązki pobiera od 1 stycznia 1903 r. 7400 koron. To sprawiedliwe ocenienie pracy lekarzy kolejowych, przez c. k. Dyrektora kolei państwowych w Krakowie, Radcę Dworu Horoszkiewicza, zasługuje na wszelkie uznanie.

* Egzamin fizykacki złożyli we Lwowie: Dr. Bol. Kielanowski i Dr. Tad. Litwinowicz — obydwa ze Lwowa.

* »Allgemeine Wiener medic Zeitung« (N. 53.) donosi, że w Wiedniu ma odbyć się ankieta, w celu zastanowienia się, czy nie należy zmienić ustawy dla II-go i III-go ścisłego egzaminu lekarskiego. W skład ankiety wejść mają przedstawiciele zarządu oświaty i profesorowie Wydziału lekarskiego uniwersytetów austryackich.

* Niemieckie dzienniki donoszą, że lekarze czescy przyrzekli wziąść udział w mającym się odbyć w Wiedniu, w m. kwietniu, wiecu lekarzy rakuzkich pod tym tylko warunkiem, że każdemu delegatowi wolno będzie przemawiać w jego narodowym języku, a jednocześnie zastrzegli się, że na wszelkie uchybienia zasadzie bezwzględnej równości praw odpowiedzą opuszczeniem sali obrad.

Wiemy dobrze, jak trudno na tego rodzaju zebraniach o jednomyślność kierunku i swobody dyskusyi, przeto przekonani jesteśmy, że Komitet urządzający przewidział wszelkie trudności tego wiecu i zapobiegnie regulaminowo wszelkim pozorom czyjejkolwiek hegemonii narodowej; z drugiej strony byłoby to bezprzykładnym przypadkiem, gdyby wiec o tak wyraźnem i ważnem zadaniu ekonomicznem stał się areną walki narodowościowej i wielką by wziął na siebie odpowiedzialność wobec stanu lekarskiego ten, ktoby do tej walki dał powód i hasło.

* Dr. Marmorek otrzymał nagrodę Barbiera (2000 fr.) za wybitne prace w dziedzinie seroterapii.

* Pogrzeb Krafft-Ebinga odbył się w Gracu wśród licznego zjazdu delegatów, uczonych i mnogiej publiczności. Nad grobem przemawiali: Wagner v. Jauregg, Obersteiner, Anton, Steig i Söldner.

Sprostowanie. W korespondencyi z Kairu, umieszczonej w Nr. I. »Przegl. lekarskiego«, w spisie delegatów belgijskich nazwisko Eicl należy czytać Eid. Również w spisie polskich członków Zjazdu opuszczono nazwizko Dr Hassewicza.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień LI. (14—20—XII). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 5, urodziło się dzieci 45, zmarło osób 55, mianowicie: z gruźlicy płuc 15 (3 zam.), z zapalenia płuc 13 (3 zam.), z krztuśćca 1, z płonicy 2 (1 zam.), z cholery niemowląt 1.

* Między 17 a 23 grudnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), kałuskim (1 gm.), rawskim (1 gm.), skałackim (1 gm.), wadowickim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Mianowani profesorami nadzwyczajnymi w Berlinie: Lexer (choroby wewn.), Pagel (historya medycyny), Katz (psyatrya) i Joachimsthal (ortopedya); w Wrocławiu: Tietze (chirurgia) Kausch (chirurgia) i Bonhoeffer (choroby nerwowe). Prozektor Dr. Rein mian. profesorem nadzwycz. chirurgii w Moskwie. Nadzw. prof. Dr. Tomaszewski — prof. zwyczajnym dermatologii i chorob wenerycznych w Kijowie.

Nekrologia. W Zbarażu zmarł Dr. Samuel Penzias, wychowaniec Uniw. Jagiel.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 52. Bregman: Spostrzeżenia kliniczne z syringomyelii (dok.).

— *Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich* Z. 3. Markowski: O odmianach w skostnieniu mostka u człowieka i ich znaczeniu morfologicznem. Gronkowski: Przyczynek do histologicznej budowy przywr.

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 12. A. Sokołowski: Leczenie ostrego włóknikowego zapalenia płuc (dok.). Grodecki: Parę uwag z powodu praktykowania wśród ludu wiejskiego.

— *Kronika lekarska* Nr. 24. Motz i Goldschmidt: Zapalenia przerośniętego gruczołu krokowego. Orłowski: O hipnotyzmie leczniczym (dok.).

— *Postęp okulistyczny* (grudzień). Noiszewski: Zmiany załamywania światła w oku, zależne od zmian w oświetleniu.

— *Odczyty kliniczne* (zeszyt 10). J. Jaworski: Surowica przeciwpaciorkowcowa, oraz stosowanie jej w gorączce połogowej.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 52. Kimla: Otázka tuberkulosy ve světle prací příslušných, od kongressu londýnského 1901 až do mezinárodní konference berlinské 1902. (dok.). Honl: Bakteriologická diagnosa tuberkulosy (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 104. Gilbert i Herscher: Żółtaczka, spowodowana rozkładem składników krwi. Nobécourt i Merklen: Zaczyny mleka. Czy zaczyny te odgrywają jaką rolę pożyteczną w odżywianiu osesków?.

— Nr. 105. Bouchard: Nowe kierunki terapii. — Röntgenografia tętnic zwapniałych.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 52. Weber: Krytyczny pogląd na stosunek zapalenia migdałków do zapalenia wyrostka robaczkowego. Cohnheim: Inerwacya narządu trawienia. Zinsser: Przypadek wrzecionowatego rozszerzenia przełyku. Gradenwitz: Wycięcie macicy wśród zakażenia połogowego (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 52. Hansemann: Karłowatość prawdziwa z przedstawieniem jednego przypadku. Luzzatto: Wynik barwienia komórek nerwowych w stanie nieustalonym. Ziemann: Przyczynek do chirurgii w krajach gorących. Richter: Łysina plackowata — przyczynek kliniczny. Baëza: Chlorek adreliny z chloretonem i jego zastosowanie w leczeniu chorób przewodów nosowych. Kennel: Anastezyna i próby jej zastosowania.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 1. Mosetig—Moorhof: Zwężenia przełyku w skutek nadżarcia. Hanszel: Dalszy przyczynek do kamicy ślinowej *(sialolithiasis)*. Schanz: Perlica a gruźlica ludzka. — Sprawozdanie Komitetu Towarz. lekarskiego z obrad nad środkami zapobiegania gruźlicy i walki z nią. Sternberg: Uwagi nad powyższem sprawozdaniem. Teuner: Leczenie chorób płucnych w szpitalach publicznych.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 1. Senator: O przeroście serca w chorobach nerkowych. Runeberg: Kiłowe schorzenia serca. Kruse: Leczenie czerwonki surowicą krwi. Israel: Przyczynek do chirurgii moczowodów. Zweifel: Przypadek karnego dochodzenia przeciw lekarzowi z powodu zaniedbania zeszycia międzykrocza. Ebstein: Przyczynek do patologii i terapii twardzieli skórnej *(sclerodermia)* u dzieci. Wassermann: Biologiczna dzielność ustroju przy sztucznem żywieniu osesków w przeciwstawieniu do odżywiania pokarmem macierzyńskim. Herzberg: Czy w jamie ustnej oseska, karmionego przez mamkę znajdują się paciorkowce?.

Redakcya otrzymała. Trzebický: 1) O operacyjnem leczeniu chłoniaków zołzowych na szyi. 2) To samo po niemiecku. 3) Trzy przypadki wycięcia śledziony. 4) Zur Castration bei Hodentuberculose B. Presch: Die physicalisch — diätetische Therapie in der ärztlicher Praxis (Würzburg Stubers Verlag. Lieferung III),

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.